

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

2000/1

Para una distribución justa de los recursos según la bioética personalista - La dignidad del ser humano, presupuesto bioético - Los cambios en la relación médico-paciente: ayer, hoy y mañana - La ventilación mecánica no invasiva a domicilio - Regulación natural de la fertilidad: el monitor ovárico de Brown - Un nuevo término médico a discusión: comentario al llamado *versterving*



UNIVERSIDAD ANÁHUAC
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
Av. Sur 20, núm. 233
Col. Agrícola Oriental, 08500 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
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)
Email: ojmartin@anahuac.mx

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 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.

1

VOLUMEN XI NUMERO 1 ENERO-MARZO DEL 2000

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

<i>Director responsable:</i>	Dr. José Kuthy Porter
<i>Director:</i>	Mtro. Javier Vargas Díez Barroso
<i>Coordinador Editorial:</i>	Dr. Óscar Martínez González
<i>Corrector de redacción:</i>	Lic. Verónica Rodríguez Struck
<i>Composición tipográfica:</i>	Tipografía computarizada
<i>Comité Editorial:</i>	Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Juan Rodríguez Argüelles - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Manuel Cárdenas Loaeza - Dr. Horacio García Romero - Dra. María Dolores Vila-Coro - Dr. José Miguel Ferrero Ruiz-Calderón

INDICE

EDITORIAL	7
Para una distribución justa de los recursos según la bioética personalista <i>Laura Palazzani</i>	9
La dignidad del ser humano, presupuesto bioético <i>Juan María Parent Jacquemin</i>	21
Los cambios en la relación médico-paciente: ayer, hoy y mañana <i>Dietrich von Engelhardt</i>	43
La ventilación mecánica no invasiva a domicilio: aspectos médico-legales, deontológicos y bioéticos <i>Domenico Maurizio Toraldo</i>	79
Regulación natural de la fertilidad: el monitor ovárico de Brown <i>Anna Wanda Cappella, Aurora Saporosi</i>	95
Un nuevo término médico a discusión: comentario al llamado <i>versterving</i> <i>Bonifacio Honings</i>	105

EDITORIAL

Iniciamos con el presente número, el volumen XI de la revista *Medicina y Ética*. Se han cumplido ya 10 años desde que la Universidad Anáhuac, a través de su Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, tomó el compromiso de colaborar en la difusión de la reflexión bioética en el campo de las ciencias de la salud tanto en México como en otros países a través de la presente publicación.

La revista *Medicina y Ética* da inicio con la publicación de este número a una nueva época, que coincide con el inicio de un nuevo milenio para la humanidad.

En el presente número, contamos con la participación de la Dra. Laura Palazzani, quien nos presenta un trabajo titulado: *Para una justa distribución de los recursos según la bioética personalista*, en donde nos propone algunas reflexiones que nos ayudarán a entender mejor los distintos problemas que se presentan en este tema.

El Dr. Juan María Parent Jacquemin, investigador en ética de la Universidad Autónoma del Estado de México, nos presenta una reflexión que él mismo considera que debería de encontrarse en la base de toda investigación bioética. *La dignidad del ser humano, presupuesto bioético*, es un trabajo muy completo que busca aportar a la reflexión bioética algo que es sumamente importante: el considerar a todo ser humano como merecedor de respeto.

Los cambios en la relación médico-paciente ayer, hoy y mañana aborda un tema que es necesario tomar en cuenta, sobre todo cuando nos enfrentamos a los problemas que se persentan actualmente. Dietrich von Engelhardt, profesor de la Universidad de Lübeck, nos ayuda a entender por medio de este estudio, el porqué de los cambios que se han dado a través de la historia dentro de la relación médico-paciente.

Domencio Maurizio Toraldo presenta las ventajas y los límites de la asistencia a domicilio con su tema: *La ventilación mecánica no invasiva a domicilio: aspectos médico-legales, deontológicos y bioéticos*. Los avances de la ciencia y de la técnica han hecho que los pacientes dependan cada vez más de los centros hospitalarios. El autor nos propone una solución para algunos pacientes que requieren de asistencia respiratoria y desean permanecer en su domicilio.

La regulación natural de la fertilidad le ha planteado a los científicos varios retos a vencer para poder llevar a las parejas una mejor información y mejores alternativas para ayudarles en el conocimiento de los ciclos naturales de la mujer. *Regulación natural de la fertilidad: el monitor ovárico de Brown* es un trabajo presentado por la Dra. Anna Wanda Cappella y la Dra. Aurora Saproso, ambas de la Universidad del Sacro Cuore de Roma.

Ante la gran cantidad de casos que se presentan en algunos países de Europa sobre el tema de la eutanasia, ha surgido un nuevo término dentro de la medicina de estos países que trata de definir una conducta que se ha estado siguiendo al abandonar a los pacientes moribundos, eliminando los cuidados naturales y propiciando la eutanasia pasiva. Bonifacio Honings nos presenta el tema: *Un nuevo término médico a discusión. comentario al llamado versterving*.

El presente número queremos dedicárselo a todos aquellos egresados de la Maestría en Bioética de la Universidad Anáhuac, y del Curso de Posgrado en Bioética efectuado en conjunto con la Universidad Autónoma de Nuevo León. Con su trabajo y con su esfuerzo, todos ellos han sabido llevar a sus instituciones y organizaciones en varias ciudades de México y algunos en el extranjero, el mensaje recibido de parte de la Universidad Anáhuac.

Su labor como pioneros de esta disciplina es ahora reconocida en diferentes ámbitos nacionales e internacionales, y su esfuerzo creemos que merece ser reconocido, primero que nadie, por la institución que los apoyó en su preparación. Muchas gracias y muchas felicidades a todos.

Para una distribución justa de los recursos según la bioética personalista

Laura Palazzani*

Resumen

Al establecer un criterio ético de justicia en la distribución de los recursos sanitarios se hace necesario definir el concepto de justicia, y el artículo lo hace a partir de la bioética inspirada en el personalismo ontológico. Éste tiene como punto de partida la visión finalista de la naturaleza, la cual afirma que todo ente animado actúa con vistas a un fin y que, al mismo tiempo, tiene en sí su razón de ser. A partir de ello es fácil notar que ese ente tiene un sentido, un logos, un significado.

Con esto en mente, es posible notar lo desproporcionada que puede ser la definición de "justicia" desde las perspectivas utilitarista, colectivista y del individualismo liberal.

Introducción

Se registra en bioética un acuerdo sobre el carácter *imprescindible* e *irrenunciable* que tiene la referencia a la *justicia* (o en todo caso a la equidad, como corrección de la justicia en el caso concreto), en cuanto criterio ético para regular la repartición (macro o micro) de los recursos escasos (sean bienes o servicios) entre los sujetos que pueden beneficiarse

* Investigadora de Filosofía del derecho, Universidad de los Estudios de Roma, "Tor Vergata".

de ellos (grupos o individuos).¹ Y se reconoce por unanimidad que las opciones de política social y de economía sanitaria no son neutrales: las decisiones relativas a “quién” repartir, “cuánto” y “cuándo” repartir, “quién” reparte y “a quién” se reparte, pero sobre todo “cómo” repartir, son decisiones que interpelan inevitablemente (de manera implícita o explícita) a la ética.

Pero, viéndolo bien, se trata de un acuerdo formal y práctico, no sólo material y teórico: en otros términos, si todos comparten la necesidad de aplicar en la práctica el criterio ético de justicia en su formulación tradicional (“no dañar a alguien”, “dar a cada quien lo suyo”),² no todos están de acuerdo sobre el contenido y el fundamento del criterio ético de la justicia.

En el contexto del pluralismo moral actual, no basta con referirse genéricamente a las fórmulas de la justicia como criterio de actuación, sino que se hace necesario precisar en el plano teórico de qué tipo de justicia se habla, para delinear en el plano práctico qué tipo de justicia se aplica en los casos concretos.

En una palabra: no basta con interrogarse sobre qué es la justicia, sino que es necesario responder a la pregunta: *¿qué justicia?* Y la respuesta debe precisar inevitablemente el significado del concepto.³ Es importante, por consiguiente, examinar el fundamento y el contenido del criterio de justicia en el contexto de la bioética personalista, antes de delinear las implicaciones generales en lo referente a la cuestión de la asignación de los recursos sanitarios.

La justicia según el personalismo

Cuando se habla del *fundamento* del concepto de justicia en la bioética inspirada en el personalismo ontológico, que se remite al enfoque aristotélico-tomista-maritainiano,⁴ nos tenemos que referir al *horizonte filosófico* en el cual se inscribe, por lo que lo describiremos en pocos trazos.

El punto de partida de la bioética personalista es la *visión finalista de la naturaleza*, de la que se deriva un cierto modo de entender el conocimiento humano, la moral y el derecho. Con el fin solamente de trazar el marco teórico dentro del cual insertar el problema específico analizado, el finalismo se puede sintetizar en los siguientes pasos, que recordaremos brevemente

Todo ente animado, sea vegetal, animal o humano, actúa con vistas a un fin; todo ser animado, entendido hilemórficamente como compuesto de materia y forma, tiene en sí su razón de ser (o forma intrínseca) que es al mismo tiempo la esencia o principio sustancial (es decir, lo que hace que el ente sea lo que es); la causa eficiente (lo que lo mueve a actuar), y la causa final (el término que lo determina en la acción). Si todo ente tiende a un fin inscrito en su misma naturaleza, la realidad no es una mera combinación mecánica o causal de fenómenos o eventos, sino más bien es cosmos, es decir, orden: la realidad tiene un sentido, un significado, un *logos*, en cuanto que está precisamente ordenada y orientada a un fin.

En el contexto de esa visión teleológica de la naturaleza se inscribe la concepción epistemológica cognitivista. El hombre, gracias a la razón, es capaz de conocer progresiva y gradualmente los fines a los cuales tiende por naturaleza: en particular (por lo que interesa a la definición de justicia), el hombre conoce su inclinación a la conservación y al perfeccionamiento de sí mismo, o sea, la tendencia a permanecer en el ser y a devenir lo que es, y la inclinación a la socialidad, esto es, la tendencia a vivir con los otros y, en la relación con los demás, a buscar la actuación acabada de su propia naturaleza.

Sobre la base de una visión finalista de la naturaleza y cognitivista del conocimiento se fundamenta la valencia normativa de la naturaleza misma, con consecuencias muy precisas en el plano moral y jurídico. Puesto que el fin del ser coincide con el bien, el conocimiento de los fines de la propia naturaleza obliga al hombre a buscarlos en el plano moral (los deberes que prescribe la “ley natural”): en esto se basa el deber de respeto y de protección de la vida humana, propia y ajena, y la titularidad del derecho a la vida de todo ser humano, como condición para que se le reconozca o atribuya cualquier otro derecho, y el derecho/deber de vivir en sociedad, reconociendo el valor del bien común, entendido como fundamento y fin objetivo de la convivencia social.⁵

En síntesis, moral y derecho coinciden, según la perspectiva finalista y personalista, en el reconocimiento de la objetividad del *derecho/deber a la protección* (en sentido fuerte) *de la vida de cualquier ser humano*, reconocido como persona, esto es, como sujeto moral y sujeto de derecho, desde la concepción hasta el último instante de su vida, y del *derecho/deber a la cooperación en la defensa del bien común* y de la sociedad.⁶

Una vez delineado el horizonte finalista como fundamento de la justicia, es posible ahora comprender mejor qué se entiende concretamente por justicia en la bioética personalista. A la luz de cuanto acabamos de decir, es posible llenar de *contenido* las *fórmulas tradicionales de la justicia*.

“No causar daño a nadie” significa proteger (en sentido negativo) y respetar (en sentido positivo) la vida de todo ser humano: el “daño” coincide con cualquier forma de intervención, de supresión, de experimentación o de manipulación de la vida humana; el “otro” al que no hay que dañar se identifica con todo individuo humano en particular, y con la sociedad en general. “Dar a cada quien lo suyo” significa reconocer en el plano social a todo ser humano lo que le “compete” ontológicamente, en virtud de su misma naturaleza humana: en ese sentido “dar” significa reconocer mediante la razón, no asignar con un acto de la voluntad subjetiva o de decisión individual; con “cada quien” nos estamos refiriendo a cada individuo humano; lo “suyo” indica lo que es debido a cada hombre, lo que le pertenece intrínsecamente, no lo que se le atribuye extrínsecamente. En una palabra: las “expectancias” objetivas que hay que reconocerle *precisamente* a cada hombre son *la vida*, como valor y derecho individual-esencial y *el bien común*, como valor y derecho intersubjetivo-coexistencial.

De la individualización de las justas “expectancias” se derivan los principios de la bioética personalista, identificables en la *intangibilidad de la vida de todo ser humano*, o sea, el derecho/deber fundamental de no violar la vida humana, del cual se deriva la justificación sólo de aquellas intervenciones que tienen una finalidad terapéutica, en referencia al sujeto mismo en el que se interviene, y en la *socialidad, solidaridad y subsidiariedad*, esto es, en el derecho/deber de actuar en vistas del bien común; por tanto, con la obligación de cooperar para el bien de la sociedad, ayudando a los más débiles, indefensos y necesitados.⁷

Surge así la principal exigencia ética y jurídica del personalismo en la afirmación de las condiciones estructurales de la justicia, identificadas en la *igualdad ontológica* de los individuos humanos, en la *simetría* y en la *reciprocidad* de las relaciones interindividuales.⁸ Todo ser humano tiene sustancialmente los mismos derechos que cualquier otro ser humano, aun en la diversidad existencial: en primer lugar, a todo ser humano se le debe reconocer el derecho fundamental a vivir, como condición de

cualquier otro derecho. En este sentido, la paridad ontológica se ha de reconocer prescindiendo del estadio de desarrollo alcanzado por el individuo humano (la vida prenatal, la vida terminal, la vida marginal del ser humano tienen el mismo valor sustancial que la vida normal adulta), prescindiendo del hecho de si un individuo es capaz o no de ejercer ciertas funciones o ciertos comportamientos (como la sensibilidad, la racionalidad o la voluntad). A todo ser humano se le han de reconocer simétricamente los mismos derechos que a cualquier otro y recíprocamente los mismos deberes, evitando privilegios arbitrarios y buscando (cuando sea posible) restablecer el equilibrio social. En ese sentido se evidencia una doble obligación para el hombre: la de proteger la vida humana y la de evitar las asimetrías y la unilateralidad individualista.

De todo lo dicho se deduce una característica peculiar de la propuesta personalista en bioética: el criterio ético-jurídico de la justicia se configura en la *consideración inseparable del bien individual de todo ser humano y del bien común de la sociedad*: la búsqueda del bien común se lleva a cabo a través de la búsqueda del bien de cada una de las personas (identificadas, como se ha dicho, con los seres humanos).⁹

En otros términos, la peculiaridad del personalismo es la de proponer un concepto de justicia que trata de evitar tanto el individualismo (la teorización de la prioridad del individuo sobre la sociedad), como el colectivismo (la teorización de la prioridad del individuo sobre el individuo), en el intento de evitar los riesgos del uno y del otro, es decir, respectivamente, la disolución de la sociedad en el individuo y la anulación del individuo en la sociedad. El individualismo pasa por alto los efectos sociales de la acción libre individual, y excluye de la tutela, sobre todo, al sujeto no libre, esto es, incapaz de ejercer su libertad. Así, fractura el bien común; por su parte, el colectivismo puede llegar a sacrificar el bien de cada individuo por el bien de la comunidad (piénsese en la versión utilitarista, dispuesta a sacrificar los intereses de algunos, en particular de quien sufre o del que es inútil para la sociedad, en orden a la eficiencia y a la productividad social).

Implicaciones bioéticas: la distribución de los recursos sanitarios

Se trata ahora de delinear las implicaciones bioéticas en el ámbito de la cuestión de la distribución de los recursos sanitarios y de aplicar el

concepto de justicia, fundado en la visión finalista y especificado en su contenido en relación con el bien individual y el bien social.

A nivel de *macro-asignación* (o sea, de las decisiones públicas de planificación de las políticas sociales y de la economía sanitaria), la bioética personalista propone una inversión congruente en la sanidad sin descuidar a los demás sectores sociales, y una inversión en cada área sanitaria, desde la investigación y el diagnóstico hasta la terapia, dando prioridad a la prevención y a la educación en la prevención como condiciones indispensables para una posible reducción del gasto sanitario. En este campo, la bioética personalista busca un *equilibrio entre justicia distributiva o social* (llamada también de las transferencias) y *justicia conmutativa* o interindividual (llamada también de las transacciones), subrayando el carácter irrenunciable de la primera y la posible integración con la segunda.

Más concretamente, el criterio ético-jurídico de justicia en la perspectiva personalista considera *indispensable una intervención del Estado social* que demande la contribución de los ciudadanos, imponiendo unas tasas proporcionales y progresivas a la renta para captar los recursos que permitan una redistribución en la sanidad que pueda garantizar la asistencia sanitaria pública mínima a todos los consociados, o sea, un igual acceso a los cuidados y a los servicios sanitarios. La afirmación de la necesidad de la intervención pública en sanidad *no pretende, sin embargo, abolir* la posibilidad para cada individuo o grupo de buscar *cuidados y asistencia privados* (que por encima de todo no gravarían sobre el costo social) y menos todavía desmotivar iniciativas filantrópicas de solidaridad (como el voluntariado).

En otras palabras, el reconocimiento del importante papel de la justicia distributiva no debe anular la importancia de la justicia conmutativa: aun reconociendo la necesidad y la obligatoriedad de la intervención social pública de captación y redistribución de los recursos en sanidad a fin de garantizar a todos el derecho a la protección de la salud, de conformidad con la dignidad de la persona humana, se deja abierta la posibilidad de establecer una relación privada entre médico y paciente. La dimensión pública, aunque necesaria, no debe sofocar sino que más bien debería motivar a la iniciativa privada, que en todo caso debe estar subordinada y no sustituir enteramente a la intervención pública.

La necesidad de la intervención pública se fundamenta en el deber directo de la sociedad de salvaguardar la simetría y la reciprocidad sociales: en ese sentido las llamadas “desigualdades”, debidas a las “loterías” naturales y sociales, es decir, a la suerte imprevisible de los individuos a causa de eventos naturales o sociales, son consideradas inicuas; y compete a la sociedad la labor de compensarlas y repararlas en lo posible, restableciendo un equilibrio social. Pero la justicia social en la perspectiva personalista no consiste en asignar en una lógica igualitarista a todos la misma cantidad de asistencia sanitaria sin distinción alguna: el Estado debe hacer distinciones, debe tener en cuenta las diferentes condiciones de renta y las diversas necesidades de los asistidos. Si es verdad que la tutela de la salud ha de estar garantizada para todos, es igualmente cierto que ésta no debe siempre y en todos los casos estar garantizada por la colectividad (de ese modo el gasto sanitario crecería desmesuradamente) respecto de quienes disponen de los medios privados para garantizársela.

En este sentido el personalismo toma distancia del individualismo liberal, que considera a la justicia sólo en la dimensión conmutativa, como mero control de la ejecución de los contratos privados estipulados por cada individuo en particular en el contexto del libre mercado competitivo regulado por la lógica del mérito y de la oferta/demanda. Se trata de una perspectiva que anula o en todo caso reduce al mínimo la dimensión distributiva pública, vista como obstáculo o impedimento a la libre iniciativa privada individual (es la conocida teoría del “Estado mínimo” y del “mercado máximo”): el riesgo del individualismo es el de no tomar adecuadamente en consideración los intereses de la sociedad, reduciéndolo todo al provecho egoísta en la previsión utópica de que no surgirán conflictos, sin reconocer obligación alguna de intervención respecto de los más necesitados, y sin asegurar, por tanto, ni siquiera la asistencia sanitaria mínima a todos o confiándola a eventuales, y por tanto no garantizadas, iniciativas filantrópicas.¹⁰

El personalismo toma también distancia de la perspectiva colectivista (llamada, asimismo, perspectiva del dirigismo y del asistencialismo) que considera a la justicia únicamente en su dimensión distributiva, como el único instrumento para cumplir la obligación de hacerse cargo de las desigualdades naturales y sociales: el riesgo del colectivismo es el de anular la libre iniciativa privada a favor de un fortalecimiento

desproporcionado de la dimensión pública del Estado social (es la teoría del “Estado mínimo” y del “mercado mínimo”), que comporta ineludiblemente una excesiva imposición fiscal y una inevitable burocratización, que hacen a menudo ineficaces los servicios, reprimen y sofocan la iniciativa individual (llegando incluso a sacrificar a algunos por el todo social, como hemos dicho).¹¹

La necesidad de un equilibrio entre justicia distributiva y justicia conmutativa se evidencia precisamente en la consideración de la relación médico-paciente: esa relación no puede ser sólo privada, separada del contexto social; por el contrario, está de todos modos mediada siempre por la sociedad, tanto en lo referente al control de la corrección de la relación, como en lo que concierne a las opciones del médico mismo y del paciente, que no pueden dejar de tomar en consideración también al todo social.

A nivel de *micro-asignación* con referencia a las decisiones relativas a la selección de los pacientes para la prioridad del tratamiento,¹² la bioética personalista considera que el criterio principal de justicia se traduce en la consideración primaria de la *gravedad de la enfermedad* (con base en las indicaciones clínicas; en el caso de los trasplantes de órganos, también el criterio de la incompatibilidad y de la posibilidad de éxito de las terapias) y de la *urgencia* (o sea, el tiempo que el paciente puede esperar para ser tratado) y en la consideración secundaria (a gravedad y urgencia iguales) de la *prioridad de la lista*.¹³

La introducción de otros criterios llevaría inevitablemente a negar la igualdad ontológica entre todos los hombres; son los criterios introducidos por el individualismo, como el privilegio del joven respecto del anciano, del rico respecto del pobre, del individuo que desempeña importantes cargos sociales respecto del desempleado, de quien es más autónomo respecto de quien lo es menos, o los criterios del utilitarismo,¹⁴ como el privilegio del sujeto que tiene más probabilidades de una vida feliz respecto del que sufre, el sujeto que es más fácilmente recuperable para la productividad social, el sujeto que cuesta menos a la sociedad,¹⁵ son formas que en alguna medida introducen criterios de discriminación.

El criterio de la edad o del estadio de desarrollo (esto es, el dar preferencia a la vida menos vivida y abierta al futuro, respecto de la vida más vivida),¹⁶ el criterio de la disponibilidad de dinero (la llamada “capacidad de pago”), del rol social, de la dependencia, del sufrimiento,

de la capacidad o eficiencia productiva, del costo social, etcétera, son criterios que establecen arbitrariamente desigualdades y asimetrías entre los individuos humanos. Se trata de criterios que se fundan en elementos extrínsecos y contingentes, que olvidan, más aún, niegan la necesaria consideración de la naturaleza ontológicamente humana.

Por lo que se refiere a la decisión de micro-asignación de la prioridad del tratamiento con referencia a cada paciente en particular, los criterios de justicia se traducen en la necesidad de una *proporcionalidad terapéutica* y en la consideración del *bienestar global del paciente*. La proporcionalidad terapéutica implica considerar la relación riesgos/beneficios en referencia al paciente en particular: es decir, se han de contrapesar los riesgos (los eventuales efectos colaterales de la terapia) con los beneficios que pueden obtenerse en orden a la cantidad y la calidad de la vida, en la consideración conjunta del bien objetivo del paciente, o sea, de su estado físico, psíquico y social.

También en este caso, el dar eventualmente prioridad a un tratamiento respecto de otro que se basara sólo en la consideración individualista de la autonomía del paciente en la elección y en los deseos (definidos sólo por su capacidad contractual respecto del médico que debe de todos modos solventar sus demandas), o en la consideración utilitarista de los costos (referidos a la sociedad o a la familia), se correría el riesgo de no tomar suficientemente en consideración las necesidades reales esenciales y el bienestar objetivo del paciente.

Es evidente que la cuestión bioética y biojurídica de la distribución de los recursos en sanidad suscita muchos problemas sumamente complejos en el plano teórico (el problema de la relación entre público y privado, entre individuo y sociedad), al punto de presentarse como auténticos *dilemas* en el plano concreto y operativo.

Hay que subrayar que los niveles delineados desde la macro-asignación a la micro-asignación están estrechamente ligados entre sí. Esto significa que si la elección de una determinada política social sanitaria tiene éxito, tenderán a disminuir e incluso a anularse los problemas de selección de los pacientes.

Tal vez se podría imaginar hipotéticamente una política perfecta que permita a todos beneficiarse de los recursos disponibles sin tener que definir difíciles y a veces desgarradoras prioridades. Pero si la política social fracasa, los dilemas aumentarían y se intensificarían. Si se considera,

además, por un lado el aumento del costo sanitario para la adquisición de máquinas cada vez más sofisticadas y menos accesibles (que requieren antes que nada personal especializado), y, por el otro, la nueva manera de concebir la salud (ya no basta sólo con los cuidados esenciales, sino que se pretende lograr un bienestar basado en *estándares* cada vez más elevados), se comprenderá cómo el problema tendrá la tendencia a incrementarse más que a redimensionarse.

Es importante, en cualquier caso, evidenciar los límites de una reflexión sobre el significado de la justicia en bioética. La definición de un criterio ético-jurídico de justicia puede contribuir a aclarar una cierta perspectiva en el deseo de poder delinear la “justicia más justa”; pero, ciertamente, no puede hacer mucho más en el plano concreto y operativo, que delinear los puntos de referencia para la orientación de las conductas. No hay que olvidar que el modelo teórico es puro, mientras que en la realidad la elección es a menudo fruto de juicios prudentiales que entremezclan algunos aspectos de los diversos modelos. Una cosa es la justicia, y otra el hombre justo, es decir, aquel que tiene la disposición de ánimo constante y permanente de actuar según la justicia, o sea, de aplicar realmente los principios en la acción. Pero, si es verdad que entre la teoría y la práctica hay a menudo un salto difícilmente salvable, también es cierto que la reflexión puede ayudar en las opciones, puede ofrecer razones y motivaciones de los comportamientos que, a menudo, arrastrados por la emotividad o por el impulso, pueden caer en la arbitrariedad y en la irracionalidad. En este sentido la filosofía moral y la filosofía del derecho pueden ofrecer una válida aportación, aunque limitada a la esfera teórica, a la cuestión de la asignación de los recursos sanitarios: la reflexión sobre el significado de la justicia y la descripción de cómo hacerla realidad.

Referencias bibliográficas

¹ Para una primera orientación en la amplia literatura sobre el tema, véase KILNER J.F., *Health-care resources, allocation of*, en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York: MacMillan-Schuster 1995: 1067-1084; BOYLE T.J., BONDESON W. (eds.), *Rights to health care*, Dordrecht: Reidel, 1981; HANAU C., *Risorse. Allocazione delle risorse in sanità*, en COMPAGNONI F. (coord.), *Etica della vita*, Milán: San Paolo, 1996: 211-235; BRESCIANI C. (coord.), *Etica, risorse economiche e sanità*, Milán: Giuffrè, 1998.

² Es éste ya un elemento importante: piénsese en las múltiples teorías que tratan de la idealización y la irracionalidad de la justicia (por ejemplo, el formalismo normativista de H. Kelsen o el decisionismo de C. Schmitt).

³ Me permito remitir también a un anterior trabajo mío que se detiene en el pluralismo filosófico: PALAZZANI L., *Teorie della giustizia delle risorse sanitarie*, Medicina e Morale 1996, 5: 901-921. Véase también POSSENTI V., *Principi di giustizia e sistemi filosofici*, en SGRECCIA E., SPAGNOLO A.G (coords.), *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*, Milán: Vita e Pensiero, 1996: 37-49.

⁴ Es la teoría retomada y aplicada a la bioética por SGRECCIA E., *Manual de Bioética. I. Fundamentos y ética biomédica*, México: Diana/Universidad Anáhuac, 1992.

⁵ Para una lúcida presentación de la ética fundada en el finalismo, véase VANNI ROVIGHI S., *I fondamenti metafisici dell'etica*, en ID., *Elementi di filosofia*, Brescia: La Scuola, 1963, vol. III: 201 y ss.

⁶ Véase sobre este punto SGRECCIA E., *Economia e salute: considerazioni etiche*, Medicina e Morale 1986, 1: 31-46.

⁷ Son los principios delineados y justificados en SGRECCIA E., *Manual de Bioética. I. Fundamentos y ética biomédica*, Diana/Universidad Anáhuac, México, 1992 y aplicados al tema analizado en ID., *Manual de Bioética. II. Aspectos médico-sociales*, México: Diana/Universidad Anáhuac, en preparación.

⁸ Sobre las condiciones estructurales de la justicia, véase D'AGOSTINO F., *Filosofía del diritto*, Turín: Giappichelli, 1996: 17 y ss.; ID., *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Turín: Giappichelli, 1997: 71 y ss.; COTTAS., *Il diritto nell'esistenza. Linee di ontofenomenologia giurídica*, Milán: Giuffrè, 1991: 189 ss.

⁹ Es lo que J. Maritain llama "bien común de las personas humanas": "el bien común político es un bien común de las personas humanas", por tanto, el bien de la ciudad exige el reconocimiento de los derechos fundamentales de las personas (MARITAIN J., *La persona e il bene comune*, Brescia: Morcelliana, 1990: 62). También Santo Tomás de Aquino, hablando de la inclinación natural del hombre a la socialidad (la teoría del hombre como animal político de Aristóteles), especifica en varias ocasiones que "el hombre no está ordenado a la sociedad política según todo él mismo y según todo lo que está en él" (*Suma Teológica*, I-II, q.21, a-4 ad 3), para poner de relieve la irreductibilidad de la individualidad a la socialidad.

¹⁰ Tal es la propuesta de ENGELHARDT H.T. jr. en el *Manuale di Bioetica*, Milán: Il Saggiatore, 1992: 391; CALLAHAN D., *What kind of life: the limits of medical progress*, Nueva York: Simon and Schuster, 1990. La propuesta liberal se inspira en la teoría de NOZICK R., *Anarchia, stato e utopia*, Florencia: Le Monnier, 1981.

¹¹ Es ésta, aunque sólo en ciertos aspectos, la teoría de RAWLS J., *Una teoria della giustizia*, Milán: Feltrinelli, 1982, que ha sido aplicada en bioética por DANIELS N., *Health care needs and distributive justice*, Philosophy and Public Affairs 1981, 10: 146-179; ID., *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press, 1985; MOSKOP J.C., *Rawlsian justice and a human right to health care*, Journal of Medicine and Philosophy 1983, 8: 329-338.

¹² Son las decisiones que se suscitan en relación con la distribución de órganos para trasplante, el uso de tecnologías o instrumental muy costosos y/o muy solicitados (por ejemplo, la reanimación y la diálisis). A este ámbito se refieren también las decisiones de la llamada "medicina de los desastres", en la que hay que elegir "a quién" salvar primero y el racionamiento de los cuidados.

¹³ Sobre este punto, con particular referencia al problema del tratamiento de enfermos oncológicos, véase PALAZZANI L., MELE V., SGRECCIA E., *Allocazione delle risorse e qualità della vita in oncologia: considerazioni etiche*, Medicina e Morale 1992, 6: 1097-1104.

¹⁴ El criterio de la productividad es el criterio central del utilitarismo. Véase, en particular, SINGER P., *Etica pratica*, Nápoles: Liguori, 1989.

¹⁵ Otros criterios introducidos son los siguientes: la consideración del hecho de que el sujeto que ha contraído una enfermedad a causa de una conducta de riesgo respecto del sujeto que ha vivido honestamente, la consideración de la procedencia del sujeto (sí, por ejemplo, proviene de una región donde se donan muchos órganos, respecto de quien procede de una zona donde son escasos los donadores, o bien si es residente o no residente).

¹⁶ D. Callahan llega a fijar el límite de edad para el cuidado sanitario, entre los setenta y los ochenta años.

La dignidad del ser humano, presupuesto bioético

*Juan María Parent Jacquemin**

Resumen

Se afirma que los seres humanos son invariablemente iguales en derecho y en dignidad. Se declara la dignidad como evidente. ¿De dónde brota el respeto entre seres humanos - personas?

Primera clase de dignidad: ontológica

La razón funda su dignidad; igual dignidad para todos los seres humanos. El ser fin en sí se llama dignidad. La dignidad humana es tan real, es decir, tiene tanta densidad ontológica como el mismo ser del hombre. La dignidad humana está en la totalidad del hombre.

Segunda clase de dignidad: ética o existencial

No se refiere al ser sino a su actuar. Esta perfección, ideal del hombre, que implica y produce la dignidad, debe ser descubierta por el hombre mismo de manera autónoma.

Alcanzamos la dignidad gracias al proceso educativo. La dignidad del ser humano implica que se le garantice la seguridad elemental de la existencia. El orden social es una condición necesaria para el respeto que se debe a la dignidad del ser humano.

“El comportamiento ético recompensa no sólo al individuo que puede sufrir, pero es internamente libre y, por lo tanto,

* Profesor-investigador; coordinador del Centro de Estudios de la Universidad Autónoma del Estado de México.

afortunado, sino primordialmente a la sociedad, donde decenas y cientos de vidas así vividas pueden crear lo que, en conjunto puede llamarse un ambiente moral positivo, una pauta, tradición o herencia moral continuamente revitalizada, que eventualmente se convierta en una fuerza para el bien general”¹

Antes de emprender una investigación en bioética es necesario acercarnos al ser humano sobre el que se aplican las prácticas clínicas o técnicas de la biotecnología.² Estas prácticas médicas o biológicas tocan al ser humano, particularmente a la mujer, y pueden afectar su dignidad.³ Los derechos de la mujer (derechos humanos) pueden ser conculcados o violados de diversas maneras: la objetivación del paciente, la lógica técnica y su seudoneutralidad y la relativización de los valores son algunos de los aspectos de este problema.⁴ La primera causa de nuestro interés y de nuestro temor es que una de las racionalidades que rigen la biotecnología considera al ser humano desde el punto de vista de la biología. En ella, la vida es el valor supremo y sus “maestros” llegan a negar la noción de persona o de humanidad. No juzgamos negativamente de manera absoluta esta característica, la reducción de los términos de la investigación, porque es propia de toda especialización. Indicamos solamente que es imprescindible ser cautos ante ese reduccionismo inherente a la especialización. La otra racionalidad que rige o debería regir la bioética proviene de los derechos humanos. El hombre no es caracterizado principalmente por la vida.⁵ Ciertamente, la vida está implicada cuando se trata del ser humano, pero a la vez debe considerarse la dignidad que, para iniciar sin prejuicios, aceptamos antes de demostrar sus dimensiones. Y si la aceptamos, deberá respetarse tal dignidad. Esta dignidad es propia de cada individuo afectado por los procesos técnicos de la medicina y de la biología, pero es también dignidad de la comunidad humana. “Por todas partes donde se trata el hombre en virtud de su humanidad y de esta obligación... de ser responsable de la humanidad en mí”.⁶

Si la biotecnología se apoderara de todos los procesos de abordaje del

individuo sin respetarlo afectaría en ese mismo movimiento a la humanidad entera encarnada en este individuo. Hoy, y precisamente cuando lo necesitamos ante los avances sin control de la biotecnología,⁷ es cuando nos encontramos en un callejón sin salida, porque seguimos creyendo en la dignidad humana sin saber en qué fundamentarla. Se declara, se afirma que: “los seres humanos son invariablemente iguales en derecho y en dignidad”.⁸ Como dice el Dr. Pérez Lindo de Argentina, finalmente la última justificación o fundamento de los derechos humanos y, en nuestro caso de la dignidad humana, está en el consenso. Como si la presencia de la frase que nos ocupa en los tratados internacionales o en las leyes fuera suficiente para asegurarnos la veracidad o del ser de la dignidad en el ser humano. Por ejemplo, en el preámbulo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos se afirma: “Considerando que el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables constituye el fundamento de la libertad, de la justicia y de la paz en el mundo...” y siguen los artículos de la Declaración.

Podemos citar el Código de las enfermeras estadounidenses:

“El principio fundamental de la práctica de la enfermería es el respeto a la dignidad inherente y al valor de cada paciente. Las enfermeras están moralmente obligadas a respetar la existencia humana y la individualidad de todas las personas que reciben sus atenciones... El ejercicio de la autodeterminación es básico para el respeto a las personas... Los pacientes deben estar tan comprometidos como sea posible en la planeación y la aplicación de sus propios cuidados de salud”.⁹

De nuevo se declara la dignidad como evidente. Es suficiente para documentos como los que hemos citado, pero requerimos alguna justificación para guiar la acción.

Hoy, no tenemos razones en nuestras manos para proteger al hombre de las manipulaciones técnicas.

El punto de partida para una investigación de bioética es, por consiguiente, la firme definición y caracterización de la dignidad del ser humano. Creemos en las capacidades del hombre, su inteligencia, su voluntad, su sensibilidad..., las conocemos a través de experimentos y respondemos a este descubrimiento con nuestro interés por los valores del hombre. ¿Estas capacidades son la raíz de su dignidad?

“El respeto aparece a su vez como la conciencia iniciadora de esta for-

ma-valor (persona), la práctica responsable de su adscripción, el esfuerzo vigilante para hacerla vivaz”.¹⁰ Esta frase, extraída precisamente del libro: *Para la crítica de la razón bioética*, nos señala la responsabilidad del “bioético” o “bioeticista” de hacer reconocer que el punto de partida de una reflexión ética sobre los avances biotecnológicos, o sobre el hombre-persona en general, es la dignidad del ser humano; de la persona, para ser más preciso, como medio para su realización y jamás para su humillación. La relación entre persona y dignidad es esencial, es decir, pertenece a la esencia...

La persona

“El hombre no es digno por ser persona, sino que se le llama persona por ser digno”.¹¹ Este planteamiento invita desde otro ángulo a descubrir el sentido y el origen de esta dignidad.

Ya no es sólo individuo, sino que el hombre es una persona, un ser relacionado con el otro, con el cosmos y con Dios, y de ahí brota el respeto entre seres humanos-personas. “El obrar por sí mismos conviene de una manera más excelente a las sustancias racionales que a las restantes, ya que sólo las sustancias racionales tienen dominio de sus actos (...) Por eso fue conveniente que la sustancia individual de naturaleza racional tuviera un nombre especial (el de persona)”.¹²

En el *Diccionario Hispano Americano* es interesante notar cómo el autor de la nota sobre dignidad va deslizándose poco a poco de la palabra individuo (“Aun dado su carácter de deber individual, el sentimiento de la dignidad requiere ser reconocido e igualmente consagrado por la sociedad, a fin de que el individuo encuentre dentro de ella las condiciones indispensables para su vida”¹³) a la de persona, al final de la descripción (“los deberes individuales (—mejor sería denominarlos personales—) son la base y condición de todos los demás”).

La persona es el individuo que ha tomado conciencia de sí, de su individualidad, de su unidad y de sus relaciones. La dignidad se encuentra en este ser y encuentra en este ser su sede.

También leemos: “[la persona es] una criatura que ama, aborrece, delibera, elige, combina, inventa y se eleva sobre sí misma y sobre todo cuanto la circunda y rodea, para dilatarse por espacios inmensos y nú-

meros infinitos: una criatura cuyo genio cría prodigios y cuyas facultades se multiplican”.¹⁴ Este desmenuzar la razón nos ubica mejor ante la alta calidad de ser personas y también en relación al derecho se nos valora por las mismas cualidades de la razón: “El concepto de “dignidad” está ligado al de los derechos de las personas de manera subordinada, ya que éstas son seres razonables, libres, sujetos de derecho y objeto de deberes”.^{15,16}

Primera clase de dignidad: ontológica

Roberto Andorno distingue dos clases de dignidad. La primera es ontológica. La dignidad está ligada al ser del hombre, a su persona, es la misma para todos si aceptamos la existencia de la naturaleza humana,¹⁷ no meramente biológica, se entiende. Nos orienta hacia la universalidad, pero también hacia “la idea de incomunicabilidad, de unicidad, de imposibilidad de reducir este ser a un simple nombre. Es el valor que se reconoce al hombre por el solo hecho de existir”¹⁸ y calificamos esta existencia en una filosofía personalista: existir como espíritu encarnado.

Spaeman apunta en el mismo sentido, pero con mayor dinámica: “La dignidad humana está inseparablemente unida a su espontaneidad natural”,¹⁹ espontaneidad que nace del espíritu y nos conduce a él como referencia esencial para sostener la convicción de la dignidad que nos es propia. Pascal también apunta hacia la razón: “El hombre está hecho para pensar, ahí está toda su dignidad y todo su mérito”;²⁰ y comenta Deschamps: “la dignidad es, por consiguiente, coextensiva a la naturaleza espiritual del hombre, universalmente porque vale para todos los hombres y particularmente porque lo distingue de todas las otras criaturas”.²¹ Sigamos algo más a Pascal: “L’homme n’est qu’un roseau, le plus faible de la nature, mais c’est un roseau pensant. (...) Mais quand l’univers l’écraserait l’homme serait encore plus noble que ce que le tue, parce qu’il sait qu’il meurt”.²²

Dante afirma: “Considere de qué noble semilla proviene. Usted ha sido creado no para vivir como bestia, sino para perseguir la virtud y el conocimiento”.²³ En la cultura anglosajona se nos dice que “*dignity in the human character, the opposite of meanness*” que traducimos: lo opuesto de la mezquinidad, bajeza, ruindad.

Libertad

Otra característica que fundamenta nuestra dignidad es la capacidad de autonomía, que tiene su origen en la libertad individual y la posibilidad de opción. Es libertad de las coacciones externas y la presencia de nuestra capacidad crítica por la que entendemos, nos orientamos y decidimos. Nuestra dignidad descansa sobre esta autonomía que ha sido evaluada a través del tiempo como una independencia de las circunstancias externas. “El atributo de mi divinidad es la independencia; es todo aquello por lo que puedo mostrar, en el más alto grado, mi insubordinación, mi nueva y terrible libertad, pues en verdad es terrible”.²⁴ “Mi tarea habrá terminado si logro convencer a la humanidad de que cada hombre o cada mujer, sea cual fuere su fuerza física, es el guardián de su dignidad y de su libertad”.²⁵ Esta libertad es para construir la humanidad, esa es su tarea específica. Con esta convicción también sé que debo respetar la libertad (fuente de dignidad) de todos los demás. Esta humanidad que construye es para todos y quiero que todos se realicen en ella. Con esta capacidad podemos evaluar aun contra la valoración dada por nuestro entorno. Kant, Pico de la Mirándola y Tomás de Aquino, aunque de diversas corrientes filosóficas, coinciden en relacionar la dignidad humana con la libertad. “El hombre es libre (...) y esta libertad funda su responsabilidad (...) ante la razón; que funda su dignidad, igual dignidad para todos los seres humanos”.²⁶ Es lo que nos distingue de los animales. Somos capaces de moralidad, fuente de la dignidad y de nuestro valor absoluto. Podemos elevarnos más allá de la mera satisfacción de necesidades, podemos alcanzar lo universal.

Para Andorno “cuando hablamos de “dignidad de la persona” lo empleamos normalmente en el primer sentido (ontológico), es decir, como sinónimo del “valor que se reconoce por el sólo hecho de ser hombre”.²⁷

Definiciones

Revisemos algunas definiciones para discernir mejor el contenido del concepto. “Dignidad: cualidad de las personas por la que son sensibles a las ofensas, desprecio, humillaciones o faltas de consideración: *Eso*

herirá su dignidad; estimarse, mantener su puesto; cualidad del empleo que da respetabilidad a la persona que lo desempeña; el tratamiento correspondiente a la dignidad del cargo”.²⁸ Para este autor la dignidad se encuentra en la esfera de la sensibilidad, pero como manifestación de su ser preexistente ontológicamente. Acepta, por consiguiente, esta primera fundamentación ontológica.

“Dignidad: Para Kant porque [el hombre] es al mismo tiempo un fin en sí mismo; segunda fórmula del imperativo categórico”.²⁹ El fin en sí se llama dignidad. “A fin de que el individuo encuentre, dentro de [la dignidad], las condiciones indispensables para su vida, puesto que el progreso humano consiste precisamente en la declaración y garantía del valor propio del individuo personal, o de la personalidad que, como ya decía Kant, no es medio, sino fin en sí mismo”.³⁰ Este imperativo establece, en efecto, que todo hombre —o más bien todo ser racional—, como fin en sí mismo, posee un valor no relativo y sí intrínseco, esto es, la dignidad. Lo que es superior a todo precio (valor de fines relativos) y que, por tanto, no permite equivalencia alguna, tiene una dignidad. Estos dos conceptos de precio y valor se encuentran ya en los estoicos que hablan del *axion akhonta*, que tiene valor, y los *agatha*, bienes, traducidos a su vez por Séneca y tomado por Kant: precio y dignidad. Sustancialmente la dignidad de un ser racional consiste en el hecho de que él “no obedece a ninguna ley que no sea instituida también por él mismo. La moralidad, como condición de esta autonomía legislativa es, por lo tanto, la condición de la dignidad del hombre y moralidad y humanidad son las únicas cosas que no tienen precio”.³¹

La dignidad pertenece a la categoría de valor que es invariable y es atribuido a las personas o a la humanidad realizada en personas. Es un valor incondicional, por su razón ontológica y es incomparable, de acuerdo con los términos aportados por Kant. Nadie tiene más dignidad que *el otro* dentro de este marco y tampoco puede ser sacrificado a favor de los valores relativos, que se ha llamado: precio.

Al adquirir este carácter, la dignidad no es una guía para la acción, como la visión existencial lo da a entender, sino como referencia para la evaluación cuando nuevas situaciones críticas demandan elevar el nivel de los criterios por aplicarse.

Puede ser útil apuntar en este momento que estas definiciones y caracterizaciones no son aceptadas por todos, por ejemplo, los que

defienden los derechos de los animales o los “derechos” del entorno en una *Ecología profunda*. Otros (positivistas) demandan la medida de la dignidad porque consideran que todo debe ser medible y afirman que: la dignidad como valor irreductible no puede ser aceptada en estos términos. Los escépticos, que no aceptan los valores morales universales, tampoco reconocen el valor de nuestra dignidad. Finalmente, los posmodernos dudan de la posibilidad de interpretar de una manera común las normas existentes.

Una definición muy amplia nos invita a hacer un análisis en tres partes: el fundamento o la raíz de la dignidad personal, la integridad de la dignidad y su plenitud.³² El fundamento es la calidad de la persona para la que recurrimos a la definición de Boecio, tomada de nuevo por Santo Tomás de Aquino: “naturaleza racional individua en sí”. La racionalidad “subsiste” considerada fuera de su relación con otros factores con los que contamos los seres humanos para actuar adecuadamente; en esta racionalidad se llega a la perfección del ser finito.

El autor del artículo de la Enciclopedia critica a Kant porque, dice: “(1). supone que la razón importa independencia absoluta 2). su limitación y ser contingente lo somete a la Causa Primera 3). de la cual ya que tiene o recibe el ser, la conservación y el concurso para obrar, es fuerza acatar la ley en su expresión libre; 4). que no la pudo dejar a merced del arbitrio individual quien al criarla tuvo necesariamente que encaminarla así y a su propia gloria”.³³

La integridad de la dignidad debe ser distinguida de la conciencia que de ella se tiene o de su sentimiento, porque así estaríamos ante un caso meramente subjetivo que sufriría de inconsistencia. Esta cualidad, es importante subrayarlo, nos da los elementos suficientes para “integrar” a todas las categorías de seres humanos que en otras condiciones serían eliminados de los honores de la dignidad. El autor apunta que sin esta característica: “lleva en buena lógica a legitimar la esclavitud, el infanticidio,...”³⁴

La dignidad humana es tan real, es decir, tiene tanta densidad ontológica como el mismo ser del hombre, pero nuestra inteligencia ilumina este hecho y realiza esta integración de la dignidad al ser.

La tercera cualidad es la plenitud. “La moral consciente y libre no toca a su perfección, su plenitud intrínseca, sino cuando sus acciones brotan en armonía con la ley de su ser;”³⁵ al ver el bien que nos corresponde, surge

la obligación moral que nos hace plenamente dignos, en su cumplimiento al reunir el ser con su manifestación.

Resumiendo los argumentos presentados, tenemos que el fundamento de la dignidad está en la racionalidad subsistente, que no implica independencia, pero tampoco dependencia absoluta de la Causa Primera y la moralidad. La integridad de la dignidad es como el mismo ser, la dignidad le es esencial. Finalmente, la plenitud en cuanto las acciones del ser humano son acordes con la ley natural.

“Más allá del reconocimiento del hombre como fin en sí, su dignidad no puede ser justificada. Dignidad, libertad y vida tienen —en cuanto son formas fundamentales—, un valor absoluto y confluyen en los derechos fundamentales que les confieren, así, una base de legitimación moral. Son derechos cuya validez es reconocida por todo ser razonable sin presión exterior”.³⁶

Hoffé apunta hacia la esencia del ser humano. Más aún, para él, se trata de una evidencia. La dignidad del ser humano es autoevidente si consideramos su esencia.

El aporte de Kant no es suficiente

En estas definiciones nos hemos referido a Kant que tiene un magnífico texto al respecto, pero debemos reconocer que tampoco en él encontramos plenamente justificada la razón de la dignidad humana, aun cuando el razonamiento disciplinado, tal como la ilustración nos lo presentaba, nos ubica mejor, *avant la lettre*, ante la “fuerza centrífuga de la era posmoderna”.³⁷ La posmodernidad sólo es inmediatista, busca los bienes accesibles en el momento, sin mirar más allá. Este es un problema grave o un gran riesgo en la aplicación de la biotecnología, donde un bien inmediato puede percibirse como de alto beneficio sin contemplar las caídas psicológicas o sociales que tal acción puede provocar.³⁸ Precisamente en el siglo XVIII es cuando se diluyen las bases trascendentales de la dignidad humana. El racionalismo desplaza estas bases a favor de un criterio inmanente: la autonomía moral. Esta autonomía no se justifica suficientemente porque sólo es formal. “Mi conciencia es ciertamente la norma subjetiva última de mi vida moral, pero con la condición expresa de buscar honestamente acercarme a las exigencias objetivas de la ley natural”.³⁹ Y también, para criticar a Kant: “Actúa moralmente

bien aquel que actúa en el único interés de la razón, sin ningún móvil sensible, nada más que por obediencia a la razón pura".⁴⁰ Estamos ante una ética que crea un círculo cerrado sobre sí mismo. El hombre, su razón y su intelecto son la única justificación de la moralidad. La autorreferencia produce más bien actitudes de sinceridad, tan promovida por Sartre en la misma estela, pero no de veracidad; es decir, que lo que descubre la conciencia en sí misma puede haberse logrado con esta limpieza de intención, pero no es necesariamente la verdad que se requiere para actuar éticamente bien.

En esto se centra la crítica que podemos hacer a las bases éticas kantianas de la dignidad del hombre. Se justifica a sí mismo afirmándose razonable y racional. Pero si el respeto que debemos al ser humano es incondicional, como aparece en todos los documentos que disertan sobre este tema, el fundamento de tal respeto no podrá ser contingente: buscamos un absoluto para fundamentar la dignidad humana.

La dignidad es caracterizada por Pico de Mirándola:

"La excelencia de la naturaleza humana, a saber, que el hombre es el intermediario de todas las criaturas, emparentadas con sus superiores, rey de las inferiores, por la perspicacia de sus sentidos, por la penetración inquisitiva de su razón, por la luz de su inteligencia intérprete de la naturaleza, cruce de la eternidad estable con el tiempo fluyente y cópula del mundo y como su himeneo," un poco inferior a Dios," en palabras de David (Sal. 8:6).⁴¹

La dignidad de Pico es caracterizada por rasgos propiamente humanos, pero para él es la fundamentación real de la dignidad, tiene su profundo origen en la creación del hombre a imagen de Dios. Por muchos siglos éste será el argumento que justifica el reconocimiento de la dignidad humana. "La razón más alta de la dignidad humana consiste en la vocación del hombre a la unión con Dios";⁴² "El hombre tiene una ley escrita por Dios en su corazón, en cuya obediencia consiste la dignidad humana";⁴³ "Cuando se pierde el sentido de Dios la dignidad sufre lesiones gravísimas";⁴⁴ "Al pretender librarse de toda norma divina, la dignidad humana no se salva; por el contrario, perece".⁴⁵

Cruzamos dos informaciones: la ley divina y la naturaleza humana; ley divina que se torna en ley natural, que es guía de nuestra naturaleza.

Con este giro llegamos a la fundamentación religiosa de los derechos humanos que fue característica del medio estadounidense. Los padres fundadores de la nueva nación americana eran religiosos y criticaron la

Declaración Universal por no hacer alusión a Dios. “Si Ud. no piensa que cada ser humano es sagrado, ninguna razón podrá convencerlo de que su dignidad debe ser protegida por los derechos”.⁴⁶

Confirmando lo anterior, la *Declaración de los deberes y derechos del ser humano* apunta en su artículo XI que ‘tenemos derecho’ a la dignidad.⁴⁷ Esta posición llama la atención porque indica que la dignidad es propia del ser humano, inmanente a su ser, pero aquí se nos explica que tenemos derecho a ella, por lo que se torna un reconocimiento del exterior. También en el artículo XIII dice: “Los minusválidos tienen derecho a la igualdad de oportunidades, a la dignidad, a la ciudadanía”.⁴⁸

Por consiguiente, encontramos dos vertientes para esta definición. En el marco filosófico, la dignidad aparece como supuesto cuando se trata de la representación de la condición humana o valor interno por ser el hombre fin en sí mismo, cualquiera que sea su grado de desarrollo, su salud física o mental. Es un valor universal dentro de los derechos naturales del hombre o un atributo de origen divino, desde el ángulo religioso. “Con el cristianismo se extiende la convicción según la cual el hombre es el único ser sobre la tierra que ha sido hecho a imagen y semejanza de Dios”.⁴⁹ Pero, desde los griegos, la dignidad es explicada por la presencia de algo divino en el hombre.⁵⁰

Es, pues, muy útil conjugar ambos elementos para fundamentar plenamente la dignidad del ser humano: voluntad divina realizada en la naturaleza espiritual del hombre. Pero no hacemos descansar nuestra argumentación sobre la Revelación; somos capaces de alcanzarla por la razón y así responder a la inquietud de quienes no creen en Dios.

La dignidad humana en la totalidad del hombre

El Renacimiento, en respuesta crítica del pasado, puso atención en la individualidad del hombre e hizo descansar la dignidad sobre la libertad y sobre la capacidad de los seres humanos. Es lo que se llamó el retorno a la *humanitas* del mundo grecorromano.⁵¹ Este humanismo es una totalidad que incluye todas las dimensiones del hombre y que son justificadoras de esta dignidad; porque poseemos totalmente estas cualidades somos dignos. Yo juzgo, es mi razón; yo quiero, es mi voluntad y es otro poder. Otros seres gozan de algunas de estas cualidades, pero sólo el hombre las tiene todas en uno. Son “el ser sensual y es-

piritual, filológico y tocado por las musas, filosófico y artístico, piadoso y político, todo en una”.⁵² Este mismo autor⁵³ afirma también: “El humanismo completo encuentra su expresión en la fiesta de Platón donde el vino y la belleza, eros y la música de flauta, la profundidad reflexiva (nota mía: que es donde empieza la moralidad) y la consagración sacerdotal son vinculadas en una sola realidad”. El punto medular de estas opiniones se encuentra en la insistencia sobre la totalidad del hombre y esta nota antropológica se torna también la base del juicio ético que podemos elaborar sobre nosotros mismos. No podemos dividir al hombre en partes so pena de destruir su significación. También la *Gran Enciclopedia Soviética* dice que “el valor del ser humano reside en su individualidad, su derecho a la libertad, a la felicidad y la oportunidad de desarrollar y expresar sus capacidades”.⁵⁴

El humanismo de todos los tiempos se inspira en el esfuerzo del hombre para abrirse a los otros y ser solidario: nueva dimensión de la totalidad. En esta solidaridad “afirma su dignidad y reconoce la del otro”.⁵⁵ Rousseau veía en la bondad del hombre algo que lo acerca a los demás frente a la superficialidad de las diferencias sociales. Kant hace lo mismo, pero encuentra nuestra igualdad en la razón.

La persona es única y aporta a la humanidad un proyecto personal también único; es radicalmente irremplazable. De ahí la nobleza o dignidad que le reconocemos al ser humano por ser persona. El acto de ser persona es la raíz de nuestra dignidad. Esto implica que la persona en su totalidad, cuerpo y alma, goza de esta característica, ser personal, y goza a la vez de la misma dignidad. “La afirmación de la primacía moral y la eminente dignidad de la persona humana y la afirmación metafísica de la realidad espiritual que la constituye, no son distintas una de otra, sino una sola y misma posición”.⁵⁶ Apuntemos que este reconocimiento nos ubica con más seguridad ante las acciones que tienen al cuerpo por objetivo inmediato: es el caso de la biotecnología, a la que nos referimos esencialmente. “Por ser uno y el mismo el ser del que participa el cuerpo y el alma, es idéntica la categoría y la dignidad de estos principios constitutivos de la esencia humana”.⁵⁷

Segunda clase de dignidad: ética o existencial

La segunda clase será llamada, en este contexto: dignidad ética o dignidad existencial, porque no se refiere al ser sino a su actuar.

Hablando del esfuerzo o del aporte personal en la conquista de la dignidad regresamos una vez más a Kant, para quien la dignidad exige que todos estemos sometidos a las exigencias morales, interiormente apremiantes aun si no sirven al interés personal.

Nuestra dignidad está constituida por un actuar ético conforme a la conciencia de un deber que orienta nuestra conducta. En esta definición, la dignidad es el resultado de una manera de comportarse éticamente, basada en una demanda intrínseca de nuestra naturaleza. “La mentira no sólo no es jamás una virtud, sino que es siempre una falta, siempre un crimen, siempre una indignidad”.⁵⁸ Es una mentira el no acatar las exigencias de nuestra naturaleza.

Para Kant, la dignidad es aquello que se encuentra encima de todo precio o no encuentra nada equivalente. Aquí la dignidad es definida a partir de un criterio exterior a ella misma. Es juzgada y evaluada desde fuera, pero es aceptada como un bien interior: “el deber de respetar en uno mismo la dignidad del hombre como sujeto moral”.⁵⁹ Este deber —que es el de la conservación y perfección propias— al encontrarse en el inicio de la moralidad engendra la estima de sí y el sentimiento de dignidad.

Esta perfección, ideal del hombre, implica y produce la dignidad, y debe ser descubierta por el hombre mismo de manera autónoma. Es la razón por la que Kant habla del hombre como fin en sí mismo. Este ser fin es un bien, es un valor que tiene su propia nobleza (dignidad).

“Santo Tomás no teme excederse al ponderar la dignidad de las personas. Con ese nombre nos referimos a cierta naturaleza dotada de un peculiar modo de existir. Pero la naturaleza incluida en la significación de persona es la más digna entre todas las naturalezas, pues se trata de una naturaleza constitutivamente intelectual. Y también el modo de existir aludido por el término “persona” es dignísimo, ya que indica que alguien existe por sí mismo”.⁶⁰

Definiciones

“Dignidad: Decoro en la manera de comportarse”.⁶¹ Más adelante calificaremos esta definición como existencial, porque, en este caso, la dignidad es una manifestación.

“Dignidad: respeto que se debe a una cosa, a una persona o a sí mismo: dignidad de la persona humana; moderación, gravedad en los modales”.⁶² Este sentido se refiere a algo exterior al ser humano.

“El dominio de los instintos mediante la fuerza moral es la libertad del espíritu y la expresión de la libertad del espíritu en el fenómeno que se llama dignidad”.⁶³ Schiller considera esta segunda dimensión: la dignidad existencial.

“La dignidad del hombre radica en su valor señero que debe ser realizado por sí mismo. *Ordenar por sí mismo* responsablemente su vida por ser creado individuo independiente. La dignidad del hombre consiste en que: precisamente por esas decisiones tomadas a sabiendas, su obrar se hace suyo, debe imputársele como suyo y se hace responsable de él. La dignidad del hombre como ser que libremente se decide por sus ideas”.⁶⁴ Esta definición, extraída del pensamiento cristiano, aporta elementos para un acercamiento más esencial que existencial, aun cuando apunta hacia su dimensión moral: decisiones tomadas. Podríamos considerarla como una delimitación que, al abarcar las dos dimensiones, es de las más confiables.

El planteamiento de Kant, ya mencionado en su vertiente ontológica, tiene su origen en los estoicos, que concedían “un valor supremo a la formación y al uso de las capacidades racionales que permite dominar y rebasar las evoluciones parciales y de corto alcance que suscitan nuestras inclinaciones naturales y la opinión de los demás”.⁶⁵ Domina aquí la presencia de la voluntad que, según los estoicos, está disponible para todos los seres humanos en cuanto son racionales. El status social no juega ningún papel, tampoco otras “cualidades” o la riqueza material. El carácter de la dignidad es existencial en el sentido de que es una manifestación: moderación, porte que se consideraba que debía expresar de una manera apropiada la posición social superior. La noción de dignidad se concibe como control de sí correspondiente a un status social, pero la idea de igualdad, que se fue imperando con el surgimiento de la defensa de los derechos humanos, abrió esta visión limitada. Para Kant, entonces, la dignidad designa: un estatuto honorable que: a). los demás deben reconocer y b). impone ciertas actitudes.⁶⁶

Por eso, al no contar los factores exteriores, el hombre puede alcanzar, gracias a una disciplina autoimpuesta, una vida digna que corresponde a su ser hombre. “En el orden teológico y operacional el

nombre de la dignidad es el mérito”.⁶⁷ El hombre se hace digno si su conducta está acorde con su ser o con lo que debe de ser de acuerdo a las exigencias de su naturaleza. “El actuar es ético si está conforme a la conciencia íntima de un deber, de un *Sollen* reflexionado que orienta la conducta y hace nuestra dignidad”.⁶⁸ En otros términos, “dignidad es exteriorizar en toda circunstancia la condición de ser racional”.⁶⁹

La palabra proviene del latín *dignitas* que es una forma abstracta del adjetivo *dignus* o *decnus*, de la raíz sánscrita *dec*, como el verbo *deceat* y sus derivados *decor*, *decus*, *decorosus*, *decorare*; significa decoro que es una cualidad superior, la excelencia. Peero Gómez Pin sigue su reflexión: “decencia no es encubrir tal condición procediendo en conformidad a criterios que la subordinan y así la degradan”.⁷⁰ La decencia, entonces es la virtud de la manifestación o dignidad existencial de esta cualidad ontológica. Hay así una relación intrínseca entre la dignidad ontológica y la existencial. La segunda existe a partir de la primera. Y podríamos añadir que está en el orden lógico de la vida humana el cumplir con esta segunda faceta de la dignidad. Estamos llamados a hacer patente, para nosotros mismos y para los demás, esta cualidad intrínseca que tiene su origen, de acuerdo a este autor, en nuestra cualidad de ser racional. Es un fruto que se logra a través de una vida de bien.

El humanismo se entiende como la captación crítica de los valores; el hombre alcanza su dignidad ética cuando se hace del resultado de esta captación, es decir, cuando se ha estructurado para sí una columna vertebral axiológica que le permite situarse en el mundo y colocar frente a este eje moral todo cuanto se le presenta desde dentro de sí (deseo e instinto) como desde fuera (interpelaciones del cosmos material, biológico o espiritual).

“Somos dignos porque la elección de nuestra conducta se basa en valores”.⁷¹ Observamos así de nuevo que la dignidad, si es cierto que tiene fundamento en nuestra razón, alcanza mayor sentido si le añadimos la dimensión axiológica. En esencia somos capaces de valorar lo que nos abre una puerta hacia otros aspectos de nuestra vida. La razón no es sólo la facultad del pensar, es la facultad de juzgar, que aparece así más nítidamente. Este humanismo desemboca hoy, ante los excesos del individualismo, en el personalismo. Es la calidad máxima del ser humano, la de alcanzar ser persona. Para dar este paso se requiere cierta flexibilidad.

Aquel que está siempre atado a reglas y se niega a comprometerse con el otro porque teme perder su “pureza” (hay que ensuciarse las manos, decían los existencialistas) o aquel otro que cree que su integridad depende solamente de él, “al primero le falta amplitud de punto de vista y es demasiado intransigente; al otro, demasiado complaciente, le falta dignidad”.⁷² Este pensamiento que nace en la filosofía oriental (Mencio y Hui de Liuxa) nos aporta una dimensión interesante en la definición de la dignidad existencial. Encerrarse en sí mismo es una falta de dignidad porque ésta está ligada a la existencia real del ser humano, que es de relación con el entorno.

De acuerdo con este criterio, no todos tenemos la misma dignidad. Aquí es el ejercicio de la libertad el que da su dinamismo a este proceso de creación de la dignidad. Enrique Núñez, presidente de la sociedad *Pro Dignidad Humana* de España, afirma en una comunicación personal: “Desgraciadamente nosotros hemos rechazado ese concepto de que el ser humano goza de dignidad... gratuita. La dignidad se adquiere a través de nuestros actos y comportamientos con todo lo que nos rodea”. Esta dignidad puede perderse, pero por parte de los que están fuera.

En la misma vertiente, leía en una tesis de maestría de derecho (lo que significa que es una manera de expresarnos aceptada socialmente): “La evolución de este proceso cultural y político ha desembocado en la identificación del desarrollo integral de la persona como contenido mismo de la dignidad humana”.⁷³ Alcanzamos la dignidad gracias a este proceso educativo.

“La dignidad, o el sentimiento de ella, consiste en el valor y respeto que el individuo reconoce y consagra de sí mismo. Constituye el deber primario y más elemental del hombre consigo mismo y aun sirve de base a todos los demás deberes que el hombre ha de cumplir”.⁷⁴ El paso de la dignidad ontológica, que está en el fondo de lo que somos, a la dignidad existencial es el resultado de la educación. Ciertos comportamientos afianzan la dignidad y otros la ocultan o la niegan. Ser hombres y mujeres conscientes de sí mismos es el gran fruto al que conduce.

Resultados esperados

Este paso se da, entre otras opciones, por la palabra bien dicha. Se

aprende a utilizar un vocabulario amplio, rico, variado y se sabe expresar de diversos modos sin recurrir a las muletillas de quien no ha sido introducido a este mundo de la comunicación efectiva. Se aprende a comportarse de acuerdo al respeto que nos merecemos y que se merecen los otros. Los gestos dejan de ser violentos porque el otro merece la paz, los gestos dejan de ser vulgares porque me coloco en otro nivel y el otro merece ser elevado a otro rango. Los educadores, profesores o padres de familia, se dirigen a sus alumnos con la atención que su dignidad demanda y los educandos se relacionan con sus mentores con la prudencia y con el respeto que también su dignidad exige.

La camaradería, que es una de las riquezas importantes de la vida humana y, especialmente, estudiantil (época de la educación específica), elimina el trato áspero así como los comportamientos que degradan a ambas partes del diálogo.

Defenderemos nuestros derechos humanos cuando hayamos descubierto nuestra dignidad y cuando hayamos aceptado el compromiso de vivir esta dignidad en sus manifestaciones sociales. La educación formal es el medio ideal para este proyecto humano porque es el medio en el que el hombre y la mujer se hacen como son y lo que son.

Y también: “Nuestra pobreza —el autor habla de las tentaciones y de las faltas— daña nuestra dignidad”⁷⁵ que calificamos de meramente existencial. Esta formación de la dignidad ha descansado sobre las llamadas “humanidades”; conjunto de disciplinas que desembocan en las artes liberales: arte de la comunicación, o sea el lenguaje; arte de la continuidad, o sea la historia y arte de la crítica, que es la filosofía.⁷⁶ Las luchas sociales se califican frecuentemente de lucha por la dignidad, aun cuando en ellas no se obtiene ningún beneficio material. “El reconocimiento y consagración de la dignidad humana por la sociedad se traduce en el diligente esmero con que el progreso de los tiempos tiende a hacer desaparecer todo lo que puede rebajar al hombre y humillarle a sus propios ojos o a los de sus semejantes”.⁷⁷

Cicerón no define la dignidad, pero considera que la actuación justa, que consiste —según él— en dar a cada quien lo suyo, implica reconocer la propia dignidad de cada uno. Más aún, la dignidad se encuentra en el corazón del intercambio jurídico. “En el momento de dar la definición de la justicia y del derecho, reemplaza la expresión *ius suum* de la definición de Ulpiano por *suam dignitatem*.”⁷⁸ Las nociones de *ius* y de

dignitas son identificadas de este modo. Por consiguiente, el “respeto al derecho del otro” equivale al “respeto de su dignidad en cuanto es hombre”.⁷⁹ Este concepto es caracterizado por él como el rasgo que distingue al hombre de los animales. “Una persona virtuosa es aquella que actúa habitualmente de una manera ‘buena’ —con valor (coraje), honestidad, justicia, sabiduría y templanza. Es alguien que actuará bien aun cuando nadie esté para aplaudirlo, simplemente porque actuar de otra forma sería una violación de lo que es ser una persona buena”.⁸⁰ Esto es el resultado de la vivencia de la dignidad existencial o es el punto de partida desde el que llegamos a manifestar nuestra dignidad existencial. “En el orden sociopolítico la dignidad se expresa principalmente en términos de justicia. La persona se comporta dignamente en sociedad siendo justa y la sociedad será justa si respeta la dignidad de la persona”.⁸¹

San Agustín ya lo había afirmado: “La justicia es la disposición de espíritu que, una vez asegurada (*conservata*) la utilidad común, atribuye a cada cual su dignidad”.⁸² La justicia objetiva, por supuesto, es decir, el principio normativo fundamental de la vida en común, pero también la justicia subjetiva como actitud moral en la que lo que se hace no se hace por obligación sino con convicción. Se actúa así porque es justo.

“El núcleo de nuestra representación de la justicia es, además de la idea de la inviolabilidad de la dignidad del ser humano, de la libertad y de la solidaridad, el principio ético de la igualdad (...) La dignidad del ser humano implica que se le garantice la seguridad elemental de la existencia”.⁸³

El orden social es una condición necesaria para el respeto que se debe a la dignidad del ser humano.

Vargas Llosa es algo confuso en esto: “Combaten contra un enemigo superior para ‘devolver la dignidad’ a aquellos por quienes combaten: los miserables, los humillados, los explotados, los esclavos rurales e industriales”.⁸⁴ La confusión reside en el no reconocimiento de la dignidad intrínseca de los miserables y explotados. Considero más bien que no debe “devolvérseles” nada porque nunca perdieron la dignidad esencial. Lo que quiere expresar es que la sociedad tiene que reconocer esta dignidad oculta en su miseria y su explotación por un prejuicio social, la segregación, la conciencia de clases u otras razones. Esta confusión demuestra claramente cómo el concepto ha perdido su

significación a través del tiempo. Su ser pleno sólo se recobrará cuando de nuevo le apliquemos la significación que le da existencia. La dignidad siempre ha estado, pero su sentido se ha diluido hasta la confusión. Este hecho es grave si sobre él hacemos descansar nuestra bioética o cualquier ética.

La dignidad humana es entonces *causa*, por pertenecer a la naturaleza espiritual (totalidad) del hombre, y *efecto* en cuanto actitud práctica en la que el ser humano se hace persona y sujeto moral. “La moralidad y la humanidad, en cuanto que ésta es capaz de moralidad, es lo único que posee dignidad” afirmaba Kant⁸⁵ y precisa más adelante: “La autonomía es, pues, el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional”.⁸⁶ La individualidad del hombre es tal que es el único capaz de afirmarse como yo, como sujeto y de separarse, diferenciarse de lo otro para alcanzar el nivel de persona, individuo consciente de sí mismo en comunión con el otro, con el cosmos y con el Absoluto.

Referencias bibliográficas

¹ VACLAV, H, “Cómo recompensar a Occidente”, en *Letras Libres*, noviembre de 1999, año 1, No.1, p. 29b.

² Aclaremos el sentido del término bioética mal utilizado por ciertos médicos que lo confunden con deontología médica. La bioética se ocupa de los problemas humanos que derivan de los avances técnicos agrupados bajo el vocablo *biotecnología*.

³ Fecundación asistida, manipulación genética intrauterina, maternidad contratada, selección del sexo del feto, eugenismo... afectan directamente a la mujer. Otras prácticas como la clonación, la partenogénesis, la ectogénesis, la hibridación con otras especies, la utilización de fetos afectan al ser humano en general (y a la humanidad), pero, como se ve, las primeras prácticas son más comunes que las segundas, aun reservadas al laboratorio.

⁴ LONGNEAUX, J.M., “La dignité humaine face aux progrès de la science”, conferencia dictada en Tournai, Bélgica, el 9 de marzo de 1999.

⁵ “El biologismo moral intenta definir la esencia del valor moral según criterios biológicos. Será considerada como moral un comportamiento que se sitúa en la prolongación de la corriente de vida y toma así el relevo del impulso vital ... resultado de la transposición al conjunto de la vida moral y social de los principios del biologismo moral nacido en el transformismo de Charles Darwin” (LÉONARD, A., *Le fondement de la morale*, París, Le Cerf, 1991, p. 135.

⁶ VALADIER, P., *Agir en politique*, París, Le Cerf, 1980, p. 117.

⁷ La tecnología avanza mucho más aprisa que la reflexión ética por lo que, muchas veces, los técnicos están tomando decisiones sin fundamento y basados solamente en el éxito de prácticas anteriores (lo que puede decirse de toda técnica) con o sin ética o por un beneficio aparente.

⁸ Declaración de los derechos y deberes del ser humano (26.VIII.89), prólogo, en

www.mediaport.net/HumainsAssociés/.

⁹ AMERICAN NURSE'S ASSOCIATION. *Code for Nurses with interpretative statements*, Kansas City, ANA, 1985, p.2-3.

¹⁰ SEVE, L., *Pour une critique de la raison bioéthique*, Paris, Jacob. 1994, p. 184.

¹¹ RODRÍGUEZ, V, o.p. "Persona digna en una sociedad justa", en *Actas de las jornadas de la sociedad internacional Tomás de Aquino, Dignidad personal, comunidad humana y orden jurídico*, Barcelona, Balmés, 1994, dos tomos, p. 90.

¹² TOMÁS DE AQUINO, *De potentia*, citado por MELENDES, T., *La dignidad del trabajo*, Madrid, Rialp, 1992, Nota 48.

¹³ *Diccionario Enciclopédico Hispano Americano*, Londres, Jackson, s-f. Este diccionario no tiene fecha de edición; es probablemente del siglo XIX.

¹⁴ CARACCILO (Marqués), *Religión del hombre de bien*, Madrid, Joseph Doblado, 1777, s/ p.

¹⁵ No comparto la utilización del vocablo "objeto" para hacer juego con "sujeto" en la primera parte de la oración. El ser humano es sujeto tanto de derechos como de deberes.

¹⁶ MENARD, C., *Projet de société et lectures chrétiennes*, Quebec, Fides, 1997, p. 211.

¹⁷ El concepto de naturaleza humana es discutido y rechazado por algunos pensadores. "En un sentido angosto, la naturaleza se opone a la cultura y a la libertad. En un sentido amplio, la naturaleza designa la esencia global del hombre, incluyendo, ciertamente, los componentes biológicos de la realidad humana, pero también su rebasamiento histórico por la libertad creadora de cultura... La idea de naturaleza humana es inevitable, es fundamentalmente sana, a condición de tomarla en el sentido amplio de "esencia" y no en el sentido angosto de dato biológico". LÉONARD, A. *Op Cit*, pp, 256 y 258.

¹⁸ ANDORNO, R., *La bioéthique et la dignité de la personne*, París, PUF, 1997, p.37.

¹⁹ *Ibidem*, p. 57.

²⁰ PASCAL, B., *Pensées*, París, Nelson, s-f, Fr. 347. Ver también Fr. 146 y 346.

²¹ DESCHAMPS, J. *Encyclopédie philosophique universelle; les notions philosophiques*, París, PUF, 1998, vocablo: dignité.

²² PASCAL, B., *Idem*.

²³ ALIGERI, D., *La Divina Comedia*, "Infierno", 26, 118-120.

²⁴ DOSTOIEWSKY, F., *Poseídos*, citado por DUTHOIT M.E., *Al servicio de la dignidad humana* en BOISSELOT et al, *Dignidad de la persona humana*, México, IUS, 1947, p. 55.

²⁵ GANDHI, *En lo que yo creo*, México, Dante, 1985, p. 196.

²⁶ Vocablo *démocratie libérale* en <http://dl/paris.org/consulter/abecedaire/h.html>.

²⁷ ANDORNO, R., *Op. Cit. Idem*.

²⁸ MOLINER, M., *Diccionario del uso del español*, Madrid, Gredos, 1984, vocablo: dignidad.

²⁹ LALANDE, A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, París, PUF, 1976, vocablo: dignité.

³⁰ *Diccionario Enciclopédico Hispano Americano*, vocablo: dignidad.

³¹ *Idem*

³² Me inspiró aquí un texto ya antiguo pero siempre actual en la *Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo americana*.

³³ *Idem*

³⁴ *Idem*

³⁵ *Idem*

³⁶ HOFFÉ, O., *Dictionnaire de morale*, París, Le Cerf, 1983, p. 50b.

³⁷ ENGELHARDT, H.T., *Bioethics and secular humanism, the search for a common morality*,

Londres, SCM Press, 1991, p. 74.

³⁸ El uso de la energía nuclear, por ejemplo, es demostrativo de este error.

³⁹ LÉONARD, A., *Op Cit*, p. 247.

⁴⁰ *Ibidem* p. 181

⁴¹ PICO DE LA MIRANDOLA, *De la dignidad del hombre*. México, Ramón Llaca, 1996, p. 103.

⁴² *Gaudium et spes*, # 19.

⁴³ *Ibidem*, # 16.

⁴⁴ *Ibidem*, # 21.

⁴⁵ *Ibidem*, # 41.

⁴⁶ IGNATIEFF, M., “Droits de l’homme: la crise de la cinquantaine”, en *Esprit*, Agosto-Sept. 1999, 8: 15.

⁴⁷ www.mediaport.net/HumainsAssociés/

⁴⁸ *Idem*

⁴⁹ ANDORNO, R., *Op. Cit.*, p. 38.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 37. Ver PLATON, *La República*, IX, 589 e; Teeteto, 176 b y ARISTOTELES, *Ética a Nicómaco*, X, 7. 1177 a 16; b 28, citados por el autor.

⁵¹ ENGELHARDT, H., *Op Cit.*, p. 68

⁵² CURTIUS, p. 129 en *Ibidem*, p. 72.

⁵³ ERNST ROBERT CURTIUS (1814-1896) fue el iniciador de las excavaciones y búsquedas en el Olimpo.

⁵⁴ *Great Soviet Encyclopedia*, Nueva York, 1975, vocablo: dignity.

⁵⁵ HOFFÉ, O. *Op Cit*. p. 57.

⁵⁶ VIALATOUX, J., “¿Dignidad del grupo? ¿o de la persona humana?”, en BOISSELOT et al, *Dignidad de la persona humana*, México, IUS, 1947, p. 163.

⁵⁷ MELENDO, T., *Op Cit.*, p. 57.

⁵⁸ KANT, E., Doctrina de la virtud, citado por COMTE SPONVILLE, A., *Pequeño tratado de las grandes virtudes*, Barcelona, Andrés Bello, 1997, p. 204.

⁵⁹ COMTE SPONVILLE, A., *Op. Cit.*, 146.

⁶⁰ MELENDO, T., *Op. Cit.*, nota 51.

⁶¹ CASARES, J., *Diccionario ideológico de la lengua española*, Barcelona, Gili, 1979, vocablo: dignidad.

⁶² *Le petit Larousse*, 1996, vocablo: dignité.

⁶³ SCHILLER, F., “Ueber Anmut und Würde” en *Werke*, traducido al español como “De la gracia y la dignidad”, 1937, citado por ABBAGNANO, N., *Diccionario de filosofía*, México, FCE, 1974, 2a ed. vocablo: dignidad.

⁶⁴ HÖRMANN, K., *Diccionario de moral cristiana*, Barcelona, Herder, 1985, vocablo: dignidad.

⁶⁵ CANTO-SPERBER, M., *Dictionnaire d’éthique et de philosophie morale*, París, PUF, 1996, vocablo: dignité.

⁶⁶ *Ibidem*, vocablo dignité.

⁶⁷ RODRIGUEZ, V., o.p. *Op. Cit.* p 89.

⁶⁸ LEFEVRE, Ch., “Éthique fondamentale et procréation assistée”, en *Revue philosophique de Louvain*, tome 85, Feb., 1987, pp. 85-86.

⁶⁹ GOMEZ PIN, V., *La dignidad*, Barcelona, Paidós, 1995, p. 30.

⁷⁰ *Idem*

⁷¹ HIERRO, G., “Ética sexual y SIDA”, p. 31, en TOMASINI, A. et al., *Dilemas morales de la sociedad contemporánea*. México, Torres Asociados, 1995.

⁷² JULLIEN, F., *Fundar la moral*, Madrid, Taurus, 1977, p. 84.

⁷³ OLASCOAGA, H.J., *El ombudsman universitario*, tesis de maestría, en proceso, 1999.

⁷⁴ *Diccionario Enciclopédico Hispano Americano*. Vocablo: dignidad.

⁷⁵ Quote on dignity, en <http://latino.sscnet.ucla.edu/research/chavez/quotes/dig.htm>

⁷⁶ LEVI, A.W., *The humanities today*, Bloomington. Indiana University Press 1970, citado por ENGELHARDT, *Op. Cit.*, p. 75.

⁷⁷ *Diccionario Enciclopédico Hispano Americano*. Vocablo: dignidad.

⁷⁸ El texto latino completo citado por Andorno es el siguiente: *Iustitiam est habitus animi communi utilitate conservata, suam cuique tribuens dignitatem* (*De inventione*, II, 53, 160).

⁷⁹ ANDORNO, R., *Op Cit.*, p. 31.

⁸⁰ BEAUCHAMP, T., *Contemporary issues in bioethics*, Belmont, CA, 1999, 5a ed. P. 46A.

⁸¹ RODRIGUEZ, V., *Op. Cit.*, p. 89.

⁸² DUMONT, L., *Essais sur l'individualisme*. París, Le Seuil, 1983, p. 59.

⁸³ HOFFÉ, O., *Op. Cit.*, 109b-110b.

⁸⁴ VARGAS LLOSA, M., "La condición humana de André Malraux", en *Letras Libres*, abril 1999, p. 20a.

⁸⁵ KANT, E., *Fundamento de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Espasa-Calpe, 1981, 7a ed. capítulo II.

⁸⁶ *Idem*

Los cambios en la relación médico-paciente: ayer, hoy y mañana*

*Dietrich von Engelhardt***

Resumen

El artículo explica la evolución de la relación médico-paciente en diversas épocas históricas: la Antigüedad, la Edad Media y la Época Moderna. El autor subraya la importancia que tiene la Historia de la Medicina para prevenir el peligro de una tecnificación de la relación médico-paciente y para enriquecer esta misma relación con las dimensiones antropológica, cosmológica y metafísica. Al exponer este recorrido, el autor se vale de algunas representaciones artísticas. Las obras de arte poseen una fuerza terapéutica: "cultura y medicina humana están profundamente entrelazadas. Toda forma de arte puede servir de ayuda para el diagnóstico, la terapia, la prevención y la rehabilitación, y ofrecer diversas formas de ayuda en la relación con la enfermedad, con la muerte y con el dolor".

La relación médico-paciente no depende solamente de la medicina, sino que es expresión también de la cultura y de la sociedad a las que pertenece la medicina. Para contribuir a la humanización de la medicina, de la asistencia y de la hospita-

* Este artículo apareció en alemán con el título: *Die Arzt - Patient - Beziehung: gester, heute, morgen*, en LANGE E., ARNOLD K. (eds.), *Die Arzt - Patient - Beziehung im Wandel*, Stuttgart: Enke, 1996. La traducción italiana, con una actualización de la bibliografía aportada por el autor, fue coordinada por G. Gambino, M.L. Furiosi y E. Degli Abbatì.

** Profesor en el *Institut für Medizin und Wissenschaftsgeschichte Medizinische*, Universidad de Lübeck.

lización es necesario tener presente el panorama cultural, porque la medicina no se sitúa fuera de la sociedad, aun cuando tenga su propia dinámica autónoma. El autor subraya que el objetivo de la medicina del futuro debe consistir en restablecer el vínculo entre la antropología, la cosmología, la metafísica y la ciencia. No debe existir una separación entre una medicina de tipo experimental, "científica", por un lado, y una medicina que se vale de la antropología, de la cosmología y de la metafísica, por el otro. A este respecto, la relación médico-paciente es el nódulo central en el cual se puede realizar el encuentro de las ciencias naturales con las ciencias humanísticas.

*"La vida es breve, el arte, perdurable;
la ocasión, fugaz; la experiencia,
falaz; el juicio, difícil".*

Con este aforismo hipocrático, que se remonta a hace 2,500 años, el tema propuesto es sustancialmente abordado en todos sus aspectos clave: el quehacer médico se propone siempre con referencia a la brevedad de la vida y con una medicina que continuamente se renueva y que nunca puede definirse como concluida, lo mismo que el arte médico depende de la ocasión fugaz, de la experiencia falaz y se apoya en decisiones difíciles: el arte médico —continúa el aforismo— consiste justamente en la relación médico-paciente. "En su quehacer, no sólo el médico debe reconocer esta condición, también el paciente, sus familiares y todo su ambiente deben atenerse a esta verdad".

Las consideraciones que siguen se limitarán al ámbito europeo: en diversos puntos se hará referencia a las tradiciones europeas que invitan al diálogo con otras culturas, evidenciando aspectos comunes y fomentando la comprensión y la tolerancia. Los que pertenecen a estas culturas viven entre nosotros, frecuentan nuestras consultas y nuestros hospitales, esperan de nosotros no sólo un tratamiento, sino una asistencia completa.

Un antiguo adagio de la medicina persa *Awesta* reza así: “Yo curaba con la ley sagrada, yo curaba con el derecho, yo curaba con la planta, yo curaba con el cuchillo y yo curaba con la palabra”. Este lejano motivo se puede encontrar también en la historia europea, en la Antigüedad, en la Edad Media e incluso en los tiempos modernos: sólo hay que hacer revivir el conocimiento del trasfondo de este escenario.

La relación médico-paciente resulta condicionada de manera decisiva por las ramas específicas de la medicina, por la situación médica específica, por la enfermedad específica. La ginecología y la pediatría, la cirugía y la psiquiatría comportan condiciones específicas a las que corresponden sufrimientos particulares y las correlativas intervenciones diagnóstico-terapéuticas, que influyen de manera peculiar en la relación médico-paciente.¹

Esta relación no depende únicamente de la medicina, sino que es siempre también expresión de la cultura y de la sociedad a las cuales pertenece la medicina misma, corresponde al sentir común que genera el significado de las palabras “relación” y “razonamiento”, y debe ser siempre comprendida y mejorada con base en estas relaciones. ¿Qué formas de comunicación hace surgir una determinada época y cultura, qué extremos o relaciones de simetría o asimetría, de autoridad o de colaboración implica? Tales conceptos y modelos ofrecidos por la cultura influyen también en la medicina. Quien quiera contribuir a la humanización de la medicina, de la asistencia y de la hospitalización, debe tener siempre presente esta retroescena cultural, puesto que la medicina no reside fuera de la sociedad, aun cuando posea su propia realidad y su propia dinámica autónoma, repercutiendo a su vez en los modelos y en los ideales culturales.

En la relación médico-paciente, la enfermedad y la terapia deben ser valoradas sobre todo en su relación entre sí.

Si se puede comparar a la enfermedad con una máquina defectuosa, también la relación médico-paciente reproducirá la relación entre un técnico y la máquina defectuosa, y el objetivo de la terapia será considerado como una reparación. Pero, en cambio, si con el término enfermedad nos estamos refiriendo no sólo a un organismo lesionado, sino también al sufrimiento de un ser humano dotado de conciencia, de palabra y de relaciones sociales, de ello se desprenderá el requerimiento de una terapia y de una relación médico-paciente adecuadas. Las

relaciones entre el concepto de enfermedad, el objetivo terapéutico y la relación médico-paciente no parecen convincentes, aun cuando determinadas tendencias tiendan siempre a repetirse.

El desarrollo histórico revela tipologías esenciales de la relación médico-paciente que, por lo demás, siguen siendo recurrentes hoy día. En tales casos, la historia de la medicina no constituye una simple revisión de museo, sino que, aún más, nos hace conscientes de algunas posibilidades fundamentales; ayuda a prevenir el peligro de que la relación médico-paciente se tecnifique y a enriquecer esta misma relación con las dimensiones antropológica, cosmológica y, en sentido específico, metafísica, que le pertenecen de manera propia.

Las siguientes representaciones se subdividen en la Antigüedad, la Edad Media y la Época Moderna. Algunas imágenes artísticas ilustrarán lo expuesto. Las obras de arte poseen una fuerza terapéutica: quien sirve a la medicina contribuye a extender el campo de la ciencia médica al mundo de la cultura médica. Cultura y medicina humana están profundamente entrelazadas. Cualquier forma de arte puede servir de ayuda para el diagnóstico, la terapia, la prevención y la rehabilitación, y puede ofrecer diversas formas de ayuda en la relación con la enfermedad, con la muerte y con el dolor. Con el término *Medical Humanities* se quiere señalar precisamente esta ampliación de la medicina como ciencia natural a las ciencias humanísticas.

A este respecto son numerosas las eventuales iniciativas: piénsese, por ejemplo, en la posibilidad que ofrece a los pacientes hospitalizados el elegir los cuadros para colgar en su habitación, contribuyendo así de manera concreta a la humanización del ambiente hospitalario.

La época antigua estuvo dominada por los pensamientos antropológico y cosmológico, que hoy son considerados de importancia cada vez más decisiva. A la relación del ser humano con su cuerpo corresponde su relación con la naturaleza: la actitud ante la salud y la enfermedad es conforme con la imagen del ser humano y de la naturaleza. Las orientaciones filosóficas y las posiciones éticas de aquella época han influido en la medicina de los siglos sucesivos hasta nuestros días.

La Edad Media puede, con razón, enmarcarse como expresión de la trascendencia. También como trascendencia de este mundo, que sin duda puede ser independiente de cualquier orientación religiosa. Esta ultratemporalidad intramundana del arte ayuda al ser humano, doliente

y moribundo, a través de la finitud del ser, a aceptar la partida y hasta a dar un sentido a esta finitud. Cuando Joseph Conrad afirma en su novela “Lo negro de Narciso” (1897) que las obras de arte establecen una comunión entre los vivos, los muertos y aquellos que no han nacido todavía, da a entender qué significa la ultratemporalidad de este mundo y la trascendencia inmanente.

La época moderna somete la lógica a la secularización, entendida como mundanización del paraíso y de la esperanza omnipotente e ilusoria de vivir eternamente, manteniéndose jóvenes, hermosos y sanos. Esta esperanza, que en una visión cristiana puede hacerse realidad solamente más allá de esta vida, es propuesta por la secularización como objetivo principal de las ciencias naturales y de la medicina, que han desarrollado su imparable dinámica de progreso en función de este objetivo. Los logros que se han alcanzado en el curso de este procedimiento son realmente sorprendentes: la expectativa de la duración así como la calidad de la vida se han elevado de una manera impresionante. La medicina, concentrándose en su dimensión científica, y con la paralela separación de cuerpo y alma, ha llegado actualmente a la pérdida de los significados antropológicos y metafísicos que le son propios.

La tarea para la medicina del futuro consiste en restablecer una vinculación entre la antropología, la cosmología, la metafísica y la ciencia: lo que durante siglos sucedió en la historia europea, ocurría también en muchas culturas extraeuropeas. No debe existir la alternativa entre una medicina de tipo experimental, matemática, empírica y “científica”, por una parte, y por la otra, una medicina que encuentra su razón de ser en la antropología, en la cosmología y en la metafísica. Es posible, en efecto, unificar la explicación de las ciencias naturales con la comprensión del patrimonio de las ciencias humanistas. La relación médico-paciente es el nódulo central en el que esta unión puede realizarse.²

La época antigua

La imagen del llamado “Nacimiento desde el regazo” (fig. 1) —una mujer recibe en brazos al bebé de otra mujer— representa en las culturas y artes prehistóricas europeas una figura básica para la relación médico-paciente, por encima de cualquier especialización o profesión médica; la

inmediata cercanía de una persona a otra en una situación crítica quiere representar la asistencia física, social, psicológica y espiritual.

Víctor von Weizsäcker piensa en este fundamento de la medicina en el siglo XX, cuando afirma: “La imagen fundamental de la medicina está constituida por un hombre en una situación de emergencia y por otro que lo socorre”. El progreso médico en el diagnóstico y en la terapia es necesario y sensato; sin embargo, al mismo tiempo, no debe nunca olvidarse esta base antropológica de la medicina, incluso en presencia de una necesaria tecnificación.



Fig. 1. - Nacimiento desde el regazo, Tumba prerromana, Roma.

En una taza de la época grecorromana se muestra el mismo tipo de escena en otro contexto social: Aquiles vendar la herida de su amigo Patroclo y le muestra la manera como igualmente él mismo puede ayudar a otros hombres durante la guerra de Troya (fig. 2). La relación médico-paciente



Fig. 2. - Aquiles venda a Patroclo, taza de la escuela de Sosia (siglo V antes de Cristo).

debía hacer referencia siempre a la ayuda que los hombres podían prestarse recíprocamente, aunque no tuvieran conocimientos de medicina. La solidaridad no puede ser delegada. Aquí estriba la finalidad y la razón de ser de los modernos grupos de ayuda mutua. Aquiles y Patroclo no son médicos; pero hay que hacer notar que Aquiles había sido educado por Quirón, que es considerado el padre de la cirugía.

La manera como los seres humanos se asisten mutuamente, dialogan y se escuchan, recae sobre la realidad de la medicina e influye en el comportamiento de los médicos y del personal de enfermería.

En efecto, en la prehistoria de la humanidad, la relación médico-paciente no procede, por lo menos tal como la interpretamos hoy, sólo de la medicina, sino que representa una vinculación —la terminología de la medicina *Awesta* lo recuerda de la misma manera— entre derecho, medicina y teología. Con la diferenciación de los ámbitos y el posterior desarrollo, se renuncia a esta vinculación entre las tres disciplinas madres, si es que luego no es completamente olvidada: hasta el siglo XIX, los teólogos, los médicos y los juristas, en calidad de representantes de las tres facultades mayores, siguen vistiéndose de negro. Con la introducción de la bata blanca, se relativiza esta imagen común, que durante siglos fue básica para la estructura académica europea y que ha seguido estando presente en diversas expresiones hasta el día de hoy; en ese sentido, se hablaba del diagnóstico del médico como de la sentencia de un juez o como de la palabra sagrada del sacerdote.

A diferencia de la época actual, la medicina griega no distingue sólo entre salud y enfermedad, sino que introduce también un tercer estado de tipo neutral. Según esta visión, se puede incluso no estar ni del todo sano ni enteramente enfermo, encontrándose en una situación intermedia (la neutralidad). El médico, como un timonel, ayuda al ser humano a proceder entre estos dos extremos a lo largo de la ruta siempre peligrosa y frágil de la vida: la salud total es inalcanzable. El amor por el arte y el amor por los seres humanos enfermos están relacionados entre sí a través de un significado enteramente interior. La filantropía no excluye a la técnica; el amor por la técnica se transmite a través del amor por los seres humanos.

La medicina antigua, en una perspectiva cosmológica, relaciona a la enfermedad y la salud con la naturaleza, con los elementos del fuego, agua, aire y tierra, con las calidades básicas de seco, caliente y frío, con los cuatro fluidos centrales. El microcosmos humano es un todo con el macrocosmos naturaleza; el estado de salud no es sólo una vicisitud interna a la lógica orgánica, sino que siempre reproduce también la relación del hombre con la naturaleza. Por otra parte, en una visión antropocéntrica, la enfermedad y la salud se consideran como dependientes de los llamados seis elementos no naturales (*sex res non naturales*): la luz y el aire, el comer y el beber, el dormir y el estar despierto, el movimiento y la calma, las secreciones y las pasiones.

Era lo que afirmaba la dietética según su propio sentido originario, que se diferencia esencialmente de la dieta, la cual, en cambio, en aquella época tenía que ver sobre todo con las papillas de avena y la manzanilla. Las *sex res non naturales* son constitutivas para el médico, así como para el paciente y para la relación mutua. El médico, en la terapia, debe primeramente centrarse en la dietética, luego proceder a la prescripción de productos medicinales y, por último, buscar como última razón la cirugía. El ámbito de las pasiones era considerado como de gran importancia; el médico, según la opinión de los antiguos, no podría renunciar a tomar en consideración los sentimientos: la biblioterapia, la iconoterapia, la psicoterapia y la terapia familiar surgen en este ámbito de las pasiones.

Las tipologías paradigmáticas del médico representadas por Platón y Aristóteles, indican al mismo tiempo tipologías de relación análogas. El médico de los esclavos visita al paciente, pero no discute con él, da sus preceptos, se comporta como un tirano. Este médico de los esclavos puede ser enmarcado en el contexto sociológico de los antiguos: hoy se le puede encontrar, al igual que a las otras tipologías de médicos. El médico de los esclavos se contrapone al médico de las personas libres. Este último explica la terapia al paciente, involucra en el discurso también a la familia, escucha la manera como se creó la condición del enfermo y, sobre todo, no comienza una terapia sin que el paciente la haya comprendido y aprobado antes. Si hoy se habla de consentimiento informado, se debe reconocer su antecedente en esta figura del médico libre para hombres libres, de procedencia platónico-aristotélica. Sin embargo, se mantendrá la asimetría entre médico y paciente: un ser humano en dificultades se diferencia de aquel que acude en su ayuda. La alternativa entre asimetría y simetría es, sin embargo, demasiado simple e irreal: la relación entre médico y paciente es compleja y a veces cambiante, y vale también para los doctores y doctoras cuando éstos y éstas se enferman. La tercera tipología de médico está constituida por el profano que tiene una formación médica. La relación con la salud y la enfermedad no puede estar a cargo sólo de la profesión médica. Todo ser humano debe estar informado, debe ser educado sobre la naturaleza del cuerpo, debe saber qué significan salud y enfermedad, morir y nacer. El enfoque formativo de tipo enciclopédico propio de los antiguos requería, además de nociones de historia, de política y de arte, también sobre la

naturaleza y sobre el mismo cuerpo. De este enfoque formativo se sigue una responsabilidad individual respecto de la salud y de la enfermedad.

De igual manera, del juramento de Hipócrates se hizo derivar, durante muchos siglos, la relación entre médico y paciente. Diversas prescripciones de este juramento, por ejemplo, la prohibición respecto de la interrupción del embarazo y de practicar la eutanasia, han permanecido hasta hoy como temas de gran relevancia. La interrupción del embarazo, la eutanasia y el suicidio siempre se remiten históricamente el uno al otro. La eutanasia hoy no sólo es justificada en el plano ético (por algunos filósofos), sino que también se ha vuelto jurídicamente posible en ciertos países.

Junto a las prohibiciones, en el juramento hipocrático hay también preceptos, que actualmente reciben diversas opiniones favorables. Un precepto que no se acepta más, contrapuesto ya en la antigüedad a las concepciones de Aristóteles y Platón, es el del deber del secreto por parte del saber médico: lo que la investigación descubre pertenece, según la concepción moderna, a toda la humanidad. El precepto hipocrático de la integridad del enfermo repercute con gran resonancia también, y sobre todo, en la religión cristiana. Para el médico, y esto es inequívocamente afirmado por primera vez en el juramento, todos los seres humanos son iguales, niños y ancianos, hombres y mujeres, esclavos y hombres libres. Ese precepto concuerda con uno de los fundamentos de la religión cristiana, esto es, que todos los seres humanos son iguales delante de Dios. El Juramento hipocrático, por tanto, puede ser asumido como válido también por la Edad Media: Apolo es sustituido por Jesús.

El deber del silencio en el juramento hipocrático posee en cambio un significado convencional, que expresado en otras palabras comporta para el médico la discrecionalidad de lo que no hay que hablar en su ambiente. Cuando, por el contrario, se habla hoy de obligación del silencio, se hace en un sentido netamente normativo y jurídico: los médicos que cuentan algo del paciente fuera del ámbito médico están cometiendo un delito en todos los casos.

Junto al juramento hipocrático existen en la antigüedad algunas corrientes filosóficas, al lado de Platón y de Aristóteles, sobre todo la Stoá, que no se remiten para nada a la prohibición de la eutanasia y que en consecuencia posibilitan otro tipo de relación médico-paciente. A este respecto, Platón introduce entre las normas estatales redactadas por

él, el hecho de que para determinadas aflicciones de tipo psíquico y somático, el Estado debe decidir —como si fuera un deber suyo— poner fin a estas vidas afligidas. Según la Stoá, hay situaciones justificadas —en las cuales la autonomía moral está menoscabada— que prevén el suicidio y la eutanasia por parte del médico. En una pintura de Rubens (fig. 3) se representa a Séneca en el momento en que se quita la vida con el apoyo de su amigo el médico Estacio Anneo; la escena ha sido descrita de manera conmovedora por Tácito. Cuando hoy nos lamentamos de la gran diversidad de posiciones en relación con la eutanasia y el aborto, deberíamos acordarnos de que lo mismo ocurrió también entre los antiguos; también entonces había posiciones diversas y opuestas. Además, no existía sanción jurídica alguna para quien contraviniera a las normas éticas en relación con la medicina y en cuanto a la relación médico-paciente.

La Edad Media

La Edad Media se distingue por una gran homogeneidad de opiniones en relación con la salud y la enfermedad, la terapia y la relación médico-paciente. Naturalmente, respecto de esta concepción básica a menudo podían surgir también diferencias de tipo práctico, pero en el plano de las ideas la homogeneidad se mantuvo fuerte, condicionada sobre todo por el principio de trascendencia. Esta trascendencia, sin embargo, en modo alguno significa contraposición o alternativa a la antropología y a la cosmología, como puede advertirse en una imagen (fig. 4) sacada de un escrito de Hildegard von Bingen; antropología y cosmología pueden, más aún, deben integrarse en una dimensión metafísica. El ser humano es puesto en relación total con la naturaleza; y el ser humano y la naturaleza están, a su vez, contenidos en Dios, que con su cuerpo circunda y sostiene el microcosmos y el macrocosmos.

La salud y la enfermedad, según la concepción medieval, no pueden comprenderse en un plano solamente intramundano, físico y psíquico, sino que deben ser referidas a la creación. Hildegard von Bingen se liberó ella misma de su propio sufrimiento corporal mediante la transcripción de sus visiones religiosas. En los textos de la época se describe cómo esta mujer médico, esta abadesa que además era naturalista, enfrentó la



Fig. 3. - Pedro Pablo Rubens: La muerte de Séneca (1611).

enfermedad que padeció desde los tiempos de su infancia. Un biógrafo contemporáneo suyo compara su vida a una “muerte preciosa”. También esta actitud se ha vuelto ya ajena a la modernidad.



Fig. 4. - H. von Bingen: El hombre cosmos (1163-73).

Durante el desarrollo moderno, con la reducción de los dos extremos de salud y enfermedad, se ha creado una relación normativa entre sano = positivo y enfermo = negativo, que en la Edad Media no existía, puesto que el concepto de salud podía ser también negativo, así como el de enfermedad podía ser positivo. De acuerdo con el espíritu de la modernidad, la Organización Mundial de la Salud define la salud como: “El estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo el estar libre de la enfermedad”. La relación médico-paciente no puede dejar de ser afectada por estas diferentes concepciones y por las expectativas consiguientes que de ellas se derivan.

En la Edad Media, descrita superficial y globalmente como “la edad oscura” desde una perspectiva posterior, surgen los hospitales de los cuales se desarrollaron después las modernas casas de salud y las clínicas. La imagen del ciclo de las obras de misericordia sobre la puerta de entrada del hospital de Pistoia (fig. 5) cerca de Florencia, muestra el alto significado, entendido como obra de misericordia, que según la visión cristiana debe atribuirse a quien se responsabiliza de cuidar profesionalmente a los enfermos (*visitare infirmos*), y de igual manera



Fig. 5. - L. Della Robbia: Obras de Misericordia, Pistoia (1520-30).

muestra la ayuda que los enfermos pueden prestarse entre sí. Hoy todavía pasan bajo esta imagen doctores, doctoras y pacientes, y es de esperarse que absorban su espíritu, sea que sufran como enfermos o que presten asistencia como sanitarios.

En la Edad Media, con las obras de misericordia se establece una relación con el más allá; detrás de cada doctor está la figura del *Christus medicus*, como detrás de cada enfermedad está la imagen de la pasión de Cristo. El fundamento de la relación médico-paciente reside en la relación de Dios consigo mismo, ese Dios que con la creación desciende a la vida terrenal y con la Resurrección vuelve a sí. Este pensamiento está en la base de la relación médico-paciente: sobre esta base, el médico puede crear energía y el ser humano que sufre y muere puede obtener de ello consuelo.

El paso de la salud a la enfermedad y de ésta de nuevo a la salud se relaciona con el movimiento salvífico y escatológico que va del paraíso a la vida terrenal y luego a la Resurrección: cada vez que nos enfermamos y regresamos a la salud, participamos, individual y momentáneamente, de este momento escatológico. Ahí estriba, en la Edad Media, la lógica del ser humano enfermo o sano, la lógica de la relación médico-paciente, sobre la cual se basa la terapia: en pasar de la *Constitutio* (= Paraíso) a la *Destitutio* (= vida terrenal) y de nuevo a la *Restitutio* (= Resurrección). Nuestra constitución natural no consiste en ser —según el sentido del esquema de los antiguos— flemáticos, melancólicos, sanguíneos o coléricos, sino que deriva más bien de nuestra naturaleza paradisiaca. Médico y paciente deben aceptar que la enfermedad, el sufrimiento y la muerte pertenecen necesariamente a la vida terrena. La idea de una salud total es ilusoria e incluso peligrosa. La prevención, el tratamiento y la rehabilitación se conciben sólo en referencia a estos límites y en el plano humano debe relacionarse con ellos.

A esta concepción hay que referir también la pintura titulada “Job” de Georges de la Tour (fig. 6). Job es la criatura que mayormente personaliza el sufrimiento en el Antiguo Testamento. Job no representa el pecado original, ni siquiera la culpa personal o la obsesión diabólica, sino las pruebas que pone Dios. La actitud ante la enfermedad, modernamente definida como *coping*, se muestra aquí bajo una luz totalmente nueva y más profunda que aquella a la que estamos acostumbrados. También por esto la pintura es tan conmovedora, pues Job es visitado y compadecido



Fig. 6. - G. De la Tour: Job (1644).

por su mujer, según los intérpretes. Se podría decir igualmente que en esta imagen se reproduce la mirada del hombre sano ante el enfermo, que a través de este sufrimiento experimenta el destino del ser humano. La imagen podría ser tomada también como interpretación de la neutralidad de la mirada diagnóstica entre el médico y el paciente.

El morir recibe su verdadero sentido solamente a través de esta orientación hacia lo trascendente. El morir es visto así, tal como lo muestra una imagen del Libro de Horas de la princesa de Cleve (fig. 7), como un acontecimiento social, psicológico y espiritual que no queda limitado a un proceso físico. El médico, al fondo del cuadro, con su ampolla de vidrio en la mano para la orina, conoce el diagnóstico; y aunque sabe que ya no es posible tratamiento alguno, no abandona al moribundo, aunque habría sido mejor que se hubiera acercado a la cabecera y hubiera tomado la mano o tocado la frente del moribundo, o por lo menos le hubiera dirigido una mirada. En primer plano, unos clérigos leen algún texto religioso; en una época en la que no existía ningún tipo de anestesia en sentido moderno, esto podía representar un sucedáneo de tipo espiritual: la llamada biblioterapia. Parientes y amigos están presentes y permanecen junto al lecho del moribundo de diferente manera. Se ve claro, en este ejemplo, la manera como la relación entre el médico y el paciente está siempre condicionada por las ideas que se difunden dentro de una sociedad y de una cultura sobre la enfermedad, sobre el sufrimiento y sobre la muerte, como respuesta por parte del imaginario colectivo en relación con estas situaciones.

En la época medioeval no se plantea el problema de la información: el ser humano debe ser ciertamente informado, no se le puede privar de la oportunidad de prepararse para su final.

Se deben tener presentes tres niveles de información: primeramente, se debe informar en relación con el estado del cuerpo; en segundo lugar, sobre la situación jurídica; por último, se debe informar sobre la necesidad de prepararse para el más allá. Naturalmente, también en aquellos tiempos se tenía que respetar el hecho de que el paciente no pudiera aceptar y soportar la información. No existe un deber ético de informar al paciente contra su voluntad. La información debía darse como un anuncio gradual: el estar dispuesto a emprender este camino debe depender de la voluntad del paciente.



Fig. 7. Libro de Horas de la princesa de Cleve: Escena alrededor del lecho de muerte (siglo XV).

El final de la Edad Media anticipa las imágenes de las danzas macabras. En una representación de Berna de una danza macabra (fig. 8), la muerte baila con el médico mismo. La relación médico-paciente es también una relación del médico con la muerte, con su propia muerte, con los límites de su disciplina. ¿Cómo puede el médico comunicarse con calma y serenidad con un moribundo, si él mismo no sabe conciliar la muerte con su propio concepto de la medicina, si no puede aceptar su propio final? La tradición de las danzas macabras continúa hasta el presente. La pintura de Ivo Scaliger que data de 1921 muestra a la Muerte danzando con una mujer joven y con el médico (fig. 9). La danza macabra posee una dimensión, en relación con la enfermedad y con la muerte, que debemos recuperar también en la formación médica. La muerte en aquella época no es ni silenciada ni evitada, pertenece al hecho de vivir.

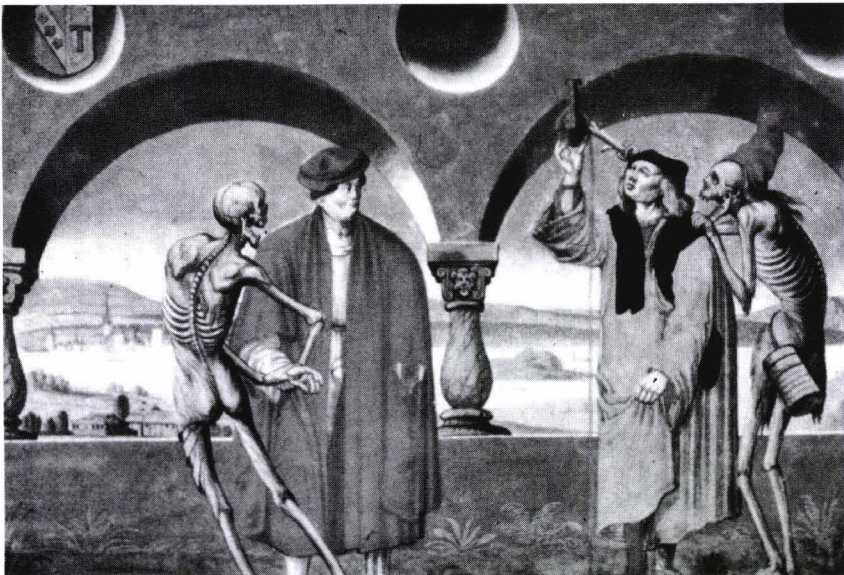


Fig. 8. - Danza macabra.

El más allá representa un futuro consolador. El arte de vivir (*Ars vivendi*) significa, al mismo tiempo, el arte de morir (*Ars moriendi*). Ante la muerte se desvanecen las diferencias sociales, el *memento mori* funge



Figura 9. - Scaliger: Danza macabra (1921).

como admonición y como continuo acompañamiento. Por el contrario, a los oídos de los alegres caballeros y las nobles damas del fresco “El juicio universal” (fig. 10) que se encuentra en Pisa, resuena el lema desde los sarcófagos que contienen cadáveres en diferentes estados de descomposición: “Lo que sois, fuimos; lo que somos, seréis”.

La época moderna

Con el Renacimiento comienza una época nueva, en la cual nos encontramos todavía. Lo que se desarrolla en el Renacimiento a nivel de pensamiento, lo que se formula como augurio en las utopías de aquella época, mueve al presente, es el contenido de nuestras esperanzas. Al mismo tiempo, a finales del siglo XX se suscitan objeciones, se proponen correcciones, se desarrollan nuevos conceptos. Y se plantea la pregunta esencial: ¿pueden la cosmología y la antropología de la antigüedad, así como la trascendencia de la Edad Media, vincularse con la técnica moderna, y puede la ciencia moderna ser provechosa para la actitud que el médico debe adoptar ante el paciente? Pero no en el sentido de una medicina alternativa, sino más bien reconociendo plenamente el dato empírico, experimental y estadístico, conociendo al mismo tiempo la finitud de la vida individual y la imposibilidad de poder establecer la terapia y la comunicación con base en conocimientos meramente naturalistas del significado normativo del vivir y del morir.

A principios de la época moderna, Francis Bacon profetiza avances para la medicina mediante los cuales se tendría que vencer a las enfermedades y tal vez a la misma muerte. Bacon reintroduce también en la época moderna la expresión eutanasia: la eutanasia interior (*euthanasia interior*) como apoyo psicológico-espiritual del morir (*praeparatio animi*), en oposición a la eutanasia externa (*euthanasia exterior*) vista como una interrupción más directa de la vida (*excessu e vita magis lenis et placidus*, salida de la vida más suave y placentera). Los médicos no han seguido el alegato de Bacon a favor de la eutanasia y han tomado clara posición contra la misma hasta nuestro siglo. Hoy, sin embargo, se están difundiendo entre los médicos otras actitudes, y tales prácticas ya no son perseguidas penalmente en algunos países, por ejemplo, Holanda.



Fig. 10. - El juicio universal, Campo Santo, Pisa (1350).

El paso del mundo medieval o trascendente al moderno o secularizado se advierte de una manera clarísima en dos pinturas. “La Resurrección” de Lucca Signorelli en la catedral de Orvieto (fig. 11) muestra que la plena salud, la plena belleza y juventud son posibles sólo en el movimiento vertical desde el más acá al más allá.

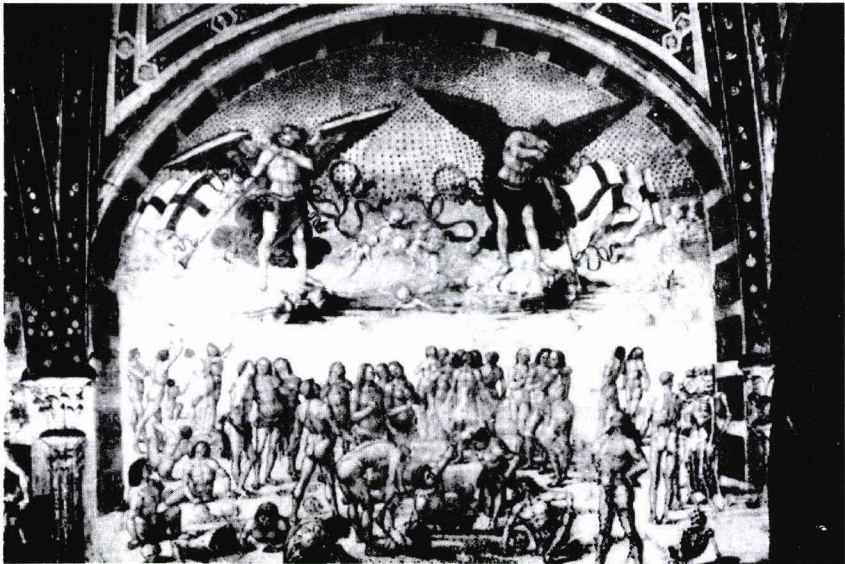


Fig. 11. - L. Signorelli: Resurrección de la carne (1499-1504).

“La fuente de la juventud” de Lucas Cranach sugiere, en cambio, la posibilidad terrenal de esta idea y manifiesta al propio tiempo su fracaso (fig. 12). Entramos decrepitos, enfermos y feos en la parte izquierda de la fuente de la juventud, en el agua diagnóstico-terapéutica de la medicina, para volver a salir por la parte derecha sanos, jóvenes y hermosos. En este desarrollo no hemos entendido, querido y podido cambiar cosa alguna, nada de nosotros, sino que, más aún, seguimos llevando estilos de vida destructivos, desaparecemos bajo la capa de las pasiones, nos movemos hacia las mesas repletas de viandas, donde los factores de riesgo nos acechan insidiosos; la lógica de siempre continúa igual a sí misma y al poco tiempo habremos de necesitar la ayuda de la medicina, que sin embargo nunca puede tener un éxito definitivo.

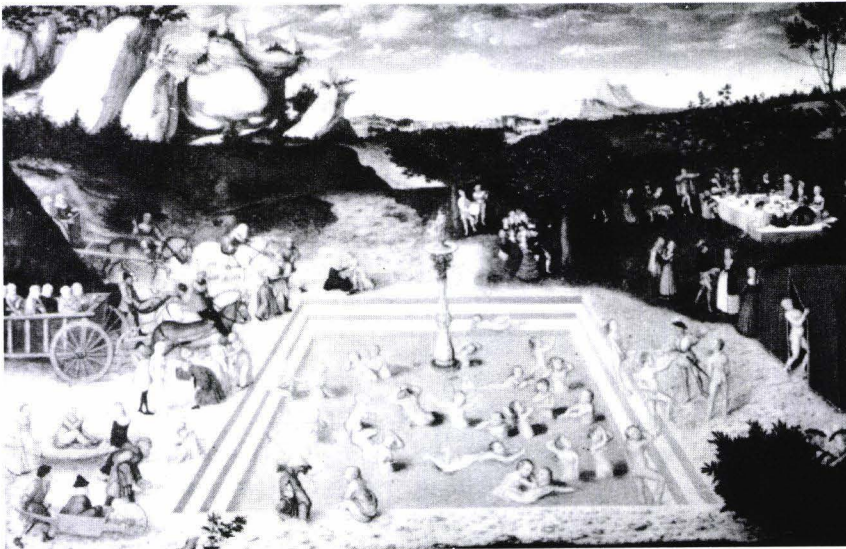


Fig. 12. - Lucas Cranach: La fuente de la juventud (1546).

También aquí se renueva abiertamente la invitación a quien quiera comprender y cambiar la medicina para que dirija la mirada a la sociedad y la cultura. Lo vertical se hace horizontal, lo trascendente se ha secularizado. La lógica progresiva de tipo horizontal debe ser siempre relativizada puesto que en ella estamos inmersos como pacientes modernos, como modernos médicos que, al mismo tiempo, comprendemos su fracaso.

El desarrollo de la modernidad se ha diversificado, conoce diferentes corrientes y contrastantes puntos de vista. Se puede encontrar en ella la expresión medioeval de la salud deteriorada y de la enfermedad saludable. Montaigne habla precisamente de enfermedades saludables (*maladies salutaires*); y a Novalis se debe la definición de las “enfermedades, en especial las crónicas” como “años de aprendizaje del arte del vivir, de la formación del temperamento”. Nietzsche, por su parte, plantea “la gran salud” como relación superada entre la enfermedad y la salud, en contraposición con la ilusión limitada de un ser libre de sufrimientos. Tales concepciones son siempre válidas y deberían ser retomadas por la medicina y por los estudios médico-científicos.

La medicina y el estudio de la medicina raramente contemplan las estimulantes interpretaciones de la enfermedad y del morir que proceden de la filosofía y de la teología. Pascal afirmaba en el siglo XVII: “La enfermedad es el estado natural del cristiano, puesto que de esa manera, es decir, en el sufrimiento y en el mal, nos desvinculamos —como deberíamos estarlo siempre— de todos los bienes materiales y de los placeres sensuales, libres de todas las pasiones, sin orgullo, sin avidez y en continua espera de la muerte”. Según Hegel, la universalidad persistente del espíritu puede surgir solamente del final del organismo individual, en el cual cada individuo en particular toma parte durante su vida. La enfermedad, según el filósofo alemán, pertenece al ser de la vida, es “enfermedad originaria”, lleva en sí ya desde el nacimiento “el germen de la muerte”; la enfermedad es para el organismo “una cara de la muerte”, de la cual irrumpe al mismo tiempo el mundo del espíritu, entendido como realidad social y cultural. Toda enfermedad, según Hegel, supone previamente la salud: sólo esta premisa justifica la terapia y la hace posible; esto vale también para las enfermedades de tipo psíquico, para las cuales aconseja cuidados “humanos”, es decir, benévolos y racionales. Según el filósofo Max Scheler, “un ser sin dolor” induce a una “desconsideración metafísica”. El médico y filósofo Karl Jaspers (él mismo enfermo durante buena parte de su vida y que en respuesta a este estado individualizó una conducta convincente para convivir con la enfermedad) pone en guardia contra dos comportamientos: idealizar la enfermedad o rehurla. Una última posibilidad de comunicación respecto del moribundo la sistematiza Jaspers de esta manera: “El moribundo nunca se deja dirigir la palabra: cada uno muere solo”. La soledad de la muerte aparece como absoluta, tanto para el moribundo como para quien le sobrevive. En el sentir común, mientras está presente la conciencia, el dolor de la separación aparece como un último vano intento de comunicación. Por otra parte, esta misma comunicación puede estar fundamentada de un manera tan profunda, que su clausura en el momento de la muerte recuerda aún su presencia y así la comunicación mantiene su esencia como realidad eterna”.

La medicina de Paracelso, del que en 1996 se celebró en diversas ciudades el 500 aniversario de su nacimiento, representó una vez más en el siglo XVI la vinculación entre naturaleza, el ser humano y el más allá,

con las correspondientes consecuencias para el concepto de salud y enfermedad, para la terapia y la relación médico-paciente. La ética es para Paracelso la cuarta columna de la medicina. Tiene valor tanto para el pensamiento médico como para la práctica médica. Paracelso hace derivar de esta idea también un cierto tipo de médico y de relación con el enfermo. En otro tiempo estaba el médico herbolario, que basándose sólo en sus conocimientos libresco pensaba poder curar a los enfermos; a él se contraponen el médico-lobo, que mata, tortura y engaña; de ambos se diferencia el médico-cordero, que ama al paciente más que a sí mismo, que se sacrifica por él, que tiene a Cristo como modelo. Sin amor, no sería posible una verdadera relación médico-paciente; incluso el médico debería tener con el paciente una relación casi de tipo “matrimonial” Donde no hay amor por el enfermo, según Paracelso, no puede haber arte médico.

Medicina y sociedad han emprendido totalmente, o en gran parte, otro camino. La imagen de Vesalio “Anatomía” (fig. 13) que data de 1543, dos años después de la muerte de Paracelso, es característica de la nueva orientación y contiene aún los tres momentos del pasado representados por la cosmología, la antropología y la trascendencia, a pesar de que estaba ya próximo el reduccionismo. Por una parte, se puede reconocer el paisaje de las inmediaciones de Padua, en el cual está inserto el hombre; por la otra, en esta pintura el hombre mismo, aunque sea ya cadáver, aparece representado en sus sentimientos: viéndolo bien, hasta podría recordar, al observador, a Cristo crucificado.

En la medicina están, una vez más, particularmente enraizadas las ideas de la época romántica sobre la salud y la enfermedad, sobre la relación médico-paciente. Caspar David Friedrich, en su obra “Las fases de la vida” (fig. 14) relaciona la vida y la comunicación del ser humano con la naturaleza y la cultura, en los barcos de vela que se hacen a la mar, en las generaciones que se pertenecen una a la otra. Para el pintor Friedrich, con la clara luz del crepúsculo se evoca también la trascendencia o la metafísica. Esta pintura devuelve unidad a la cosmología, a la antropología y a la metafísica. El procedimiento médico del siglo XIX emprendió otra dirección y se hicieron posibles numerosos milagros de la ciencia. La calidad, así como la duración de la vida, pudieron elevarse de manera impresionante.

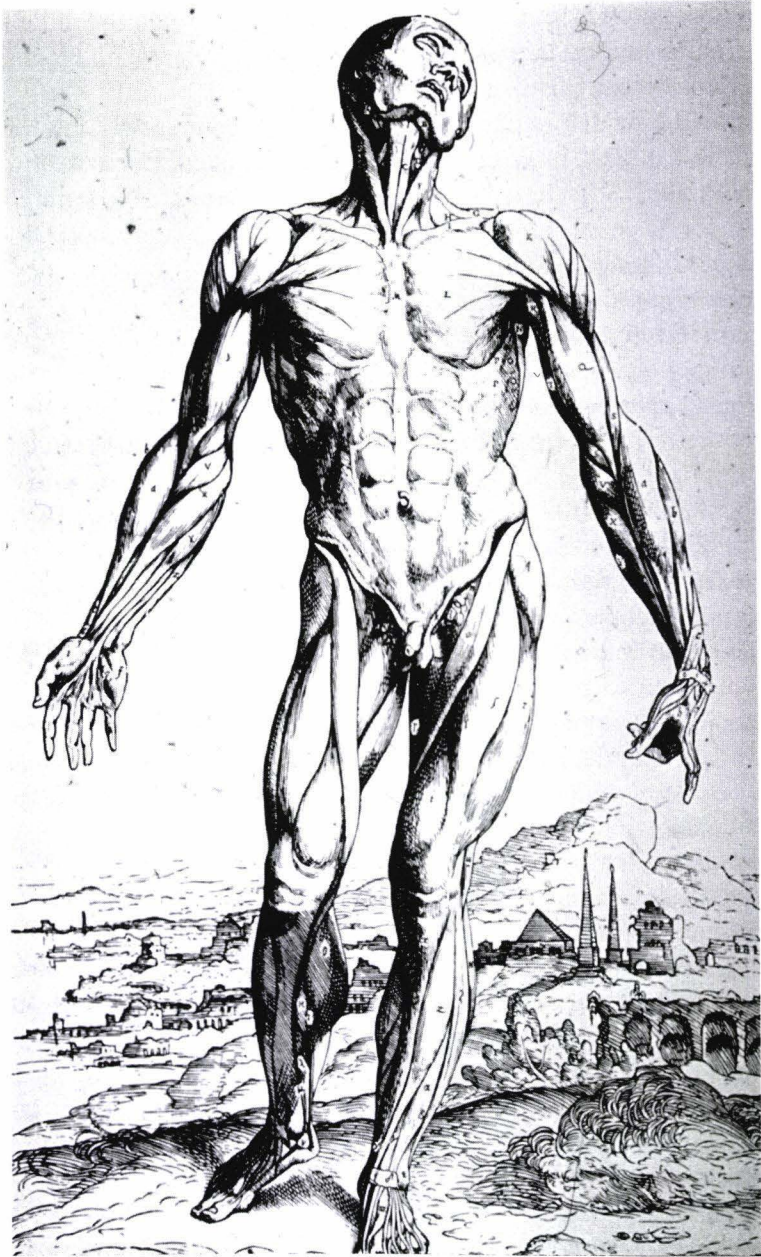


Fig. 13. - A. Vesalio: De humani corporis fabrica (1543).

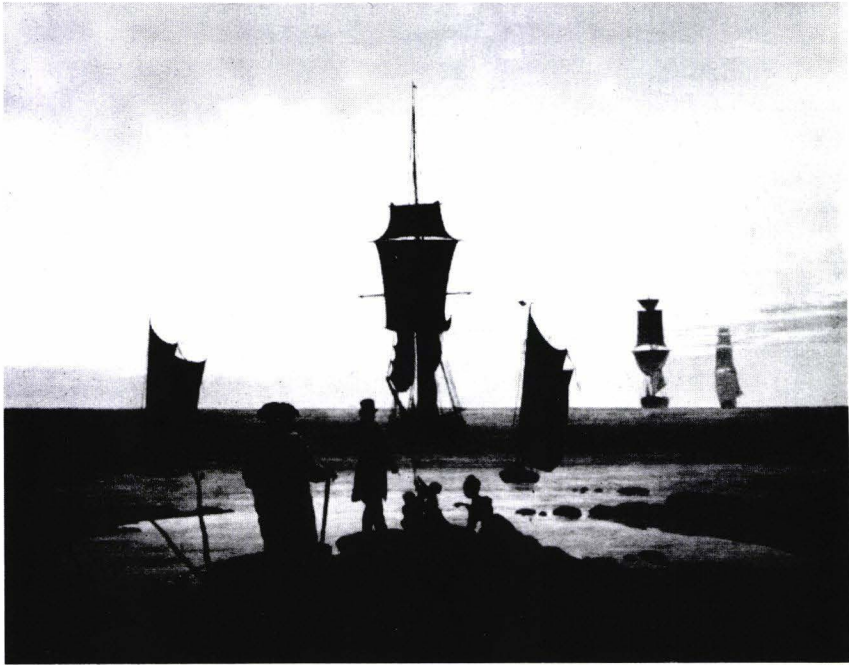


Fig. 14. - C.D. Friedrich: Las fases de la vida (1835).

Al mismo tiempo, sin embargo, también las concepciones antropológicas fueron relegadas al trasfondo, concepciones que en siglos anteriores habían sido siempre apoyadas y recordadas por el arte, en la filosofía y en la teología hasta la época presente. En la “Operación” de Otto Dix (fig. 15) se impone la pregunta: ¿dónde está aquí el hombre, qué significa aquí la subjetividad, cómo se puede hablar de comunicación entre médico y paciente? También en el cuadro titulado “Pierna II” de Miriam Munsky (fig. 16), una pintora contemporánea, son evidentes las posibilidades ambivalentes de la técnica. Con estos ejemplos se nos recuerda cada vez más la vinculación entre el significado de la enfermedad, el concepto de terapia y el tipo de relación médico-paciente.

No se debe, ni se puede, renunciar al progreso. Al mismo tiempo, los límites pueden ser superados. El gran fisiólogo Claude Bernard afirmaba que para la medicina moderna el hospital, en el fondo, sería sólo el atrio,



Fig. 15. - Otto Dix: La operación (1943).

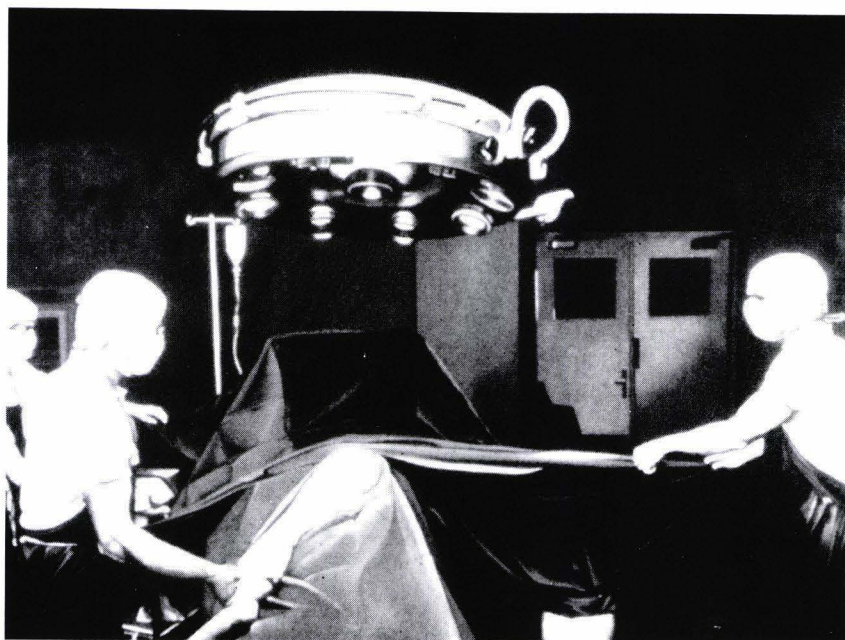


Fig. 16. - Miriam Munsky: Pierna II.

la antesala, el lugar destinado a la observación, que hay que atravesar para llegar al verdadero lugar sagrado: el laboratorio. Este razonamiento de Claude Bernard, en la segunda mitad del siglo XIX, es sintomático; la orientación del pasado hacia lo trascendente aparece aún en la expresión del lenguaje —el altar moderno sería la mesa de laboratorio—; pero en la teoría y en la práctica la antropología y la cosmología son dejadas a un lado. Rudolf Virchow, por su parte, define la objetividad como la finalidad de la medicina y abandona el principio de la subjetividad.

También en el siglo XX se observan movimientos contrastantes y algunas autoridades médicas, como Víctor von Weizsäcker, Karl Jaspers y otros, confieren un profundo significado a la subjetividad en la medicina e intentan devolver la centralidad a la relación médico-paciente.⁴ El éxito alcanzado por este movimiento de pensamiento ha sido más bien modesto. Cuando el paciente es comprendido, se configura un evento subjetivo, en el cual se hace realidad una objetividad espiritual.

La alternativa entre ciencias naturales objetivas y ciencias humanísticas subjetivas no puede persuadir ni debe aceptarse, sobre todo en medicina. La medicina es al mismo tiempo ciencia natural y ciencia humanística, el aclarar y el comprender, como ha recordado siempre Jaspers, son igual de necesarios. El comprender posee un significado objetivo; en la comprensión existencial y metafísica se tiene la *experiencia experimentada* —más allá de la psicología y la sociología— de una solidaridad con el paciente y se realiza como común participación tanto en la situación del ser humano como en la situación del mundo.

En una pintura que lleva el prometedor y reconfortante título: “Árbol de la esperanza mantente firme”,⁵ Frida Kahlo (fig. 17) mantiene el coraje de vivir a pesar de todas las heridas y todos los sufrimientos, actitud valerosa que distinguió siempre su relación con los médicos.

Las expectativas de la población, por su parte, aconsejan una relación médico-paciente de tipo global y la correspondiente concepción de la enfermedad. Según una encuesta llevada a cabo por Lipowski en 1970, los hombres asocian al término de “enfermedad” los de “desafío”, “enemigo”, “castigo”, “punto débil”, “alivio”, “posibilidad de estrategia”, “pérdida” o “daño”, y también “aumento de valor”.⁶ En modo alguno predominan “punto débil”, “pérdida” y “daño” según la concepción moderna, tal como lo sugiere la perspectiva médica. Esta diferencia vale también para las expectativas acerca del médico y su relación con el paciente. Según una investigación llevada a cabo en Francia (*D’Houtaud, 1977*), el paciente moderno desea que el médico sea sobre todo consejero, guía, amigo y una persona de quien poderse fiar; sólo en último término técnico, educador y, finalmente, un ejemplo humano.⁷ El consejero como ideal de la relación médico-paciente: en el fondo, ésta es la figura del médico libre para los hombres libres de Aristóteles y de Platón.

Conclusiones

En este trabajo se han presentado algunas figuras clave de la relación médico-paciente dentro de la tradición europea, con una doble mirada dirigida hacia el pasado y hacia el futuro. Las diferentes posiciones corresponden a otras tantas visiones culturales. Se ha subrayado repetidamente la especial fuerza positiva y de comunicación del arte. Esto se



Fig. 17. - Frida Kahlo: *Árbol de la esperanza mantente firme* (1946).

ha comprobado también bajo el estímulo de la teología y de la filosofía; se advierte como muy importante el vínculo entre la relación médico-paciente, la concepción de salud y de enfermedad, el concepto de terapia, así como la dependencia de estas dimensiones del contexto socio-cultural.⁸

La terapia no debe significar solamente tratamiento, entendido como una victoria sobre la enfermedad, sino que puede y deber ser también acompañamiento y asistencia, como lo fue en la Antigüedad y en la Edad Media. La relación médico-paciente ha sido influenciada por las fascinantes posibilidades que abre la medicina moderna al diagnóstico y a la terapia; al mismo tiempo, sin embargo, es también una expresión y un ejemplo para lo que en una sociedad se entiende por "relación", "lenguaje", "asistencia". En la medicina, la comunicación expresa la cultura de la comunicación.

Con el progreso, la medicina ha logrado hacer grandes prestaciones; anestesia, antisepsia, asepsia, bacteriología, tratamiento del *shock* son palabras que expresan avances terapéuticos, a los cuales nadie desea renunciar. Pero, al mismo tiempo, en medicina se han registrado pérdidas desde el punto de vista antropológico, que no tenían por qué haberse dado y que pueden ser recuperadas todavía. Esta oportunidad para la corrección de ruta debería ser aprovechada: la medicina debería ser concebida como cultura, y la cultura como energía para cuidar. La salud no debería ser considerada sólo como positiva, ni la enfermedad sólo como negativa. La enfermedad y la salud no son sólo vicisitudes corporales, sino también lo son espirituales, sociales y psíquicas. La enfermedad y el morir pertenecen necesariamente a la vida. la relación entre médico y paciente debe convertirse en una relación entre personas, un acto existencial; el arte de vivir debe significar también el arte de morir. El teólogo moralista Franz Böckle afirma: "la asistencia que prestamos al moribundo es por esto siempre también una ayuda a la vida, una ayuda que se explica en la última parte de nuestra existencia".

Con una pintura de Goya (fig. 18) hay que retornar al inicio de esta exposición, a la imagen que representaba el nacimiento del regazo materno, y mencionar la figura clave de la medicina: un hombre que está en dificultades y otro hombre que lo ayuda. Goya es abrazado por su médico y no recibe de éste medicamento alguno, sino sólo un vaso de



Fig. 18. - Francisco de Goya: Autorretrato con el médico Arrieta (1820).

agua fresca: en primer plano se sitúa el acompañamiento en la muerte, no el tratamiento.

En este sentido, podríamos concluir con las palabras de Karl Jaspers referentes a la figura del médico, a su relación con los pacientes y que, al mismo tiempo, exigen un comportamiento insuperable según lo dictan el *ethos* y la ética: "El médico no es ni técnico ni salvador, sino más bien existencia por existencia, ser humano efímero que realiza con el otro, en el otro y en sí mismo la dignidad y la libertad, a las que reconoce como normas".⁹

Referencias bibliográficas

¹ HARTMANN F., *Patient, Arzt und Medizin. Beiträge zur ärztlichen Anthropologie*, Gotinga: Vandenhoeck y Ruprecht, 184; JASPERS K., *Ein Beispiel: ärztliche Therapie*, en *Philosophie*, vol. 1, Berlín: Springer, 1973: 121-129; LAÍN ENTRALGO, P., *Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin* (ed. española, 1964), München: Kindler, 1969; LUTH P., *Sprechende und stumme Medizin. Über das Patienten-Arzt-Verhältnis*, Frankfurt am Mein: Campus, 1974; SEIDLER E., *Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung*, en BÖHME W.(ed.), *Der Arzt als Begleiter*, Karlsruhe: Evangel. Akademie Baden, 1980: 11-26.

² GADAMER H.G., *Apologie der Heilkunst* (1965), en: *Gesammelte Werke*, vol.4, Tubinga: Mohy, 1987: 267-275; HONNEFELDER L. (ed.), *Ärztliches Urteilen und Handeln*, Frankfurt am Mein: Insel, 1994; SGRECCIA E., MELE V., MIRANDA G., SACCHINI D. (coords.), *Le radici della bioetica*, vols. 1-2, Milán: Vita e Pensiero, 1998; SHELPE E.E.(coord.), *Virtue and medicine*, Dordrecht: Reidel, 1985; SPINSANTI S. (coord.), *Bioetica e antropologia medica*, Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1991.

³ ENGELHARDT D. VON (coord.), *Etica e Medicina. Problemi e scelte della pratica quotidiana*, Milán: Guerini, 1994; GRACIA GUILLÉN D., *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, Milán: San Paolo, 1993; SCHIPPERGES H., *Die Technik der Medizin und die Sprache des Arztes*, Frankfurt am Mein: Knecht, 1988.

⁴ GEBSATTEL V.E. VON, *Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung*, Studium Generale 1953, 6: 161-171; JASPERS K., *Allgemeine Psychopathologie* (1913), Heidelberg: Springer, 1973 (9a. ed.), WEIZSACKER V. VON, *Der Arzt und der Kranke* (1926), en *Gesammelte Schriften*, vol. 5, Frankfurt am Mein: Sahrkamp, 1987: 9-26.

⁵ TELLENBACH H., *Hermeneutische Akte in der Psychiatrie*, Salzburger Jahrbuch der Philosophie 1971, 9: 139-149.

⁶ LIPOWSKI Z.J., *Physical illness, the individual and the coping processes*, Psychiatry in Medicine 1970, 1: 91-102.

⁷ D'HOUTAUD A., *Ce que les gens attendent du médecin et de la médecine au sujet de leur santé*, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales 1977, 17: 89-96.

⁸ ENGELHARDT D. VON, *Krankheit. Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körperführung*, Munich: Beck, 1999.

⁹ JASPERS K., *Ein Beispiel: ärztliche Therapie*, en ID., *Philosophie*, Heidelberg: Springer, 1973 (4a. ed.): 121-129.

La ventilación mecánica no invasiva a domicilio: aspectos médico-legales, deontológicos y bioéticos

*Domenico Maurizio Toraldo **

Resumen

El autor analiza los aspectos normativos, de organización, deontológicos y bioéticos referentes a los pacientes afectados por insuficiencia respiratoria crónica severa con ventilación mecánica asistida. En tales circunstancias, se analizan los problemas ético-deontológicos y técnico-organizativos de la asistencia a domicilio (home care), poniendo en evidencia la complejidad de la maquinaria organizativa sanitaria a domicilio que requiere la presencia de un equipo técnico apropiadamente adiestrado para tal fin. Se ilustran los aspectos normativos y legislativos de la asistencia respiratoria a domicilio con referencia particular al papel del especialista neumólogo, del centro que prescribe el tratamiento y del médico de cabecera que tiene la responsabilidad domiciliar operativa. El terapeuta de rehabilitación respiratoria y el neumólogo, que tendrá la responsabilidad del manejo del paciente a domicilio, son las figuras emergentes en la asistencia a domicilio. Se ilustran también las posibles complicaciones médicas de la ventilación mecánica a domicilio y el mantenimiento de los circuitos de los ventiladores. Se presentan las ventajas y los límites de este modelo de organización, que requiere la participación activa del paciente y de los familiares involucrados en

* Catedrático en el "A. Galateo", III división de Neumología, Azienda USI. LE/1 San Cesáreo de Lecce (Italia); Centro de Bioética y Derechos Humanos de la Universidad de Lecce.

primera persona en la asistencia domiciliaria. Se presenta, asimismo, un retrato psicológico del enfermo con todas las posibles opciones conflictivas derivadas de la interacción entre él y la máquina. Se discute, también, el modelo organizativo telemático (a distancia) computarizado de la asistencia domiciliaria aún en fase de experimentación, poniendo en evidencia los posibles problemas médico-legales.

Finalmente, se sacan algunas conclusiones referentes al principio de autonomía y de beneficencia, tratando de aclarar que los citados principios no son criterios en sí mismos sino que se han de enmarcar, según la visión personalista, en la visión de la persona humana y evitar los posibles riesgos de la eutanasia y/o del ensañamiento terapéutico.

El autor concluye diciendo que cuando se decide emprender la asistencia respiratoria a domicilio, siempre que sea técnicamente posible y de común acuerdo (entre el médico, el paciente y los familiares), el riesgo de "cronicizar" la ventilación mecánica a domicilio debe ser siempre contrapesado con la posibilidad real de un nuevo equilibrio de salud para el paciente.

Introducción

Los únicos países donde está realmente organizada una calificada asistencia respiratoria a domicilio son Estados Unidos y Francia. En Italia existen algunas iniciativas piloto aún en fase inicial, que han comenzado a experimentar esta opción, con base en la disponibilidad de los médicos hospitalarios y del voluntariado.

La asistencia respiratoria a domicilio surge de la nueva visión del Servicio Sanitario Nacional disponible en todo el país para ofrecer asistencia externa con objeto de contener los costos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Para que el programa de asistencia ventilatoria a domicilio tenga buenos resultados, se han previsto numerosas figuras profesionales, todas ellas fuertemente motivadas: el personal médico de hospital; las

enfermeras profesionales; el paciente y su familia; el médico de base; el médico de guardia nocturna; el personal adiestrado de las empresas electromédicas que proporcionan el ventilador; los asistentes sociales y los psicólogos.

El éxito de la asistencia domiciliaria (*Home Care*) depende de la buena organización del equipo, de la motivación del paciente y de su personalidad.¹

Problemas médico-legales y de organización de la asistencia respiratoria a domicilio

La organización de la asistencia respiratoria a domicilio supone primeramente, una atenta lectura de las normas jurídicas y contractuales vigentes para proteger no sólo al paciente sino también al médico ante posibles responsabilidades civiles y penales. El primer aspecto que hay que evaluar es la obtención del *consentimiento informado* que surge de los artículos nn. 2, 13 y 32 de la Constitución (italiana), los cuales reconocen los derechos inviolables del individuo frente a cualquier acción diagnóstica y terapéutica. También el artículo 33 de la Ley 833/78 que establece el Servicio Sanitario Nacional reconoce que “los tratamientos y las verificaciones sanitarias son por norma voluntarios”.

La puesta en marcha de un correcto programa de ventilación mecánica domiciliaria prevé la colaboración y la instrucción del paciente, mediante la cual este último es instruido sobre las ventajas del tratamiento sanitario y sobre los riesgos previsibles, incluidos aquellos fortuitos, menos frecuentes y anómalos.

En caso de que el paciente ofrezca escasa colaboración por motivos orgánicos (encefalopatía hipercápnica), resulta conveniente obtener el consentimiento informado escrito estipulado entre el médico especialista que prescribe la prótesis ventilatoria y el paciente y/o los familiares involucrados en la asistencia.²

La gestión correcta de la ventilación mecánica a domicilio prevé que se involucre en primera persona, y con personalidad jurídica muy fuerte, la figura del médico general, en cuanto que la insuficiencia respiratoria forma parte de las patologías que permiten activar un programa de asistencia domiciliaria integrada tal como prevé el artículo 39, párrafo 1,

letra C, del Decreto de la Presidencia de la República 484 del 22.7.96 (Acuerdo colectivo nacional para disciplinar las relaciones con los médicos de medicina general).

Por consiguiente, la actual normativa asigna al médico general la responsabilidad única y en conjunto del paciente domiciliario, y al Director del distrito sanitario la responsabilidad de la ayuda terapéutica y de la verificación del proceso de compra, a fin de lograr eficacia y eficiencia.

La nueva directiva nacional sobre los dispositivos médicos que se prescriben en el domicilio del paciente (Decreto Legislativo 46/1997) responsabiliza a todos los operadores sanitarios en el programa de monitoreo y vigilancia sobre los incidentes que involucran a dispositivos y/o prótesis sanitarias de los que podría derivarse un daño para el paciente, agravando la responsabilidad civil del médico de hospital que las prescribe.

En esta circunstancia, la responsabilidad del médico hospitalario es más amplia que la del médico general y por norma es extracontractual, en cuanto que falta una relación preliminar directa médico-paciente (artículo 2043 del Código Civil —italiano—, *Resarcimiento por hecho ilícito o culpa aquilina*); mientras que la responsabilidad de la empresa es de tipo contractual y responde a la norma del artículo 1218 del Código Civil, *Responsabilidad del proveedor*. La diferencia fundamental entre responsabilidad contractual y extracontractual consiste en el hecho de que en el régimen extracontractual el actor debe probar la culpa del indiciado, mientras que en el régimen contractual es el médico (esto es, el indiciado) el que debe demostrar su no implicación.³

Otro tema importante en la problemática de la ventilación a domicilio es la esterilización y la reutilización de los dispositivos médicos monouso (por ejemplo, tubos, conexiones, filtros, etcétera). Según el documento difundido por la Federación Europea de Asociaciones de Fabricantes de Artículos para Uso Biomédico (EUCUMED)—titulado *Consideraciones contra la reutilización de los dispositivos médicos monouso*—, en muchos países europeos se ha vuelto una práctica frecuente esterilizar y reutilizar los dispositivos médicos monouso. En Italia no existe una ley específica que prohíba reutilizar varias veces los productos monouso; en cambio, si el artículo sanitario es empleado de forma diferente de lo que prevé el fabricante y está indicado en la etiqueta, en caso de incidente, la responsabilidad no se atribuye al productor sino a quien ha utilizado

inadecuadamente el producto. Sin embargo, el verdadero problema es médico. Si la limpieza o la esterilización no son eficaces, en las partes internas o difícilmente accesibles (mascarillas, filtros monouso, conexiones monouso, etcétera) pueden quedar rastros de material biológico activo, lo cual amenaza con provocar infecciones en los pacientes sucesivos o reinfestar al paciente mismo.

Además, las sustancias empleadas en la limpieza pueden ser absorbidas por los materiales y resultar tóxicas o reaccionar con los fármacos suministrados.

Hay otro aspecto por considerar: cuando el fabricante proyecta un artículo biomédico monouso, escoge los materiales que va a emplear en su realización en la perspectiva de que se va a utilizar una sola vez. Un proceso de esterilización no previsto de salida, puede modificar algunas características del producto como, por ejemplo, la pérdida de elasticidad o resistencia mecánica o comprometer la propia biocompatibilidad.

El motivo que induce a algunas estructuras hospitalarias y sanitarias a utilizar varias veces los dispositivos monouso es la de reducir costos. Esto viola el igual derecho de cada paciente a acceder a los tratamientos médicos de calidad y de ser protegido de riesgos. En cualquier caso, el aparente beneficio económico está contrapesado por la amenaza continua de infecciones y complicaciones, que en cambio gravan ulteriormente al Servicio Sanitario Nacional con altos costos por hospitalizaciones y medicamentos.

En 1995 entró en vigor una directiva europea que preveía que, antes del 14 de junio de 1998, todos los artículos biomédicos en el mercado deberían llevar la etiqueta "CE" como prueba de que se habrían llevado a cabo todos los controles y que los productos habían sido fabricados siguiendo los requisitos esenciales europeos en materia de seguridad.⁴

Consideramos, por tanto, que ninguna estructura sanitaria debe reutilizar dispositivos biomédicos y que, si se decide a hacerlo a través de la esterilización, debería informar de ello al paciente y obtener su consentimiento por escrito.

Desde el punto de vista médico-legal y deontológico, se advierte la necesidad de:⁵

1) adoptar una documentación clínica domiciliaria del paciente, en la cual se anoten las intervenciones diagnóstico-terapéuticas efectuadas

con el fin de evitar errores técnicos del médico de base que puedan implicar la responsabilidad del médico de hospital por culpa profesional;

2) definir con precisión las responsabilidades inherentes a la fase de la asistencia respiratoria a domicilio, redactando protocolos nacionales, con reglas y procedimientos escritos que salvaguarden a los operadores de posibles errores técnicos atribuyendo a cada figura profesional cometidos y responsabilidades precisas.

3) disponer de una línea telefónica directa abierta las 24 horas del día para disponer de una asesoría telefónica urgente (puede estar implicado el médico de guardia del centro neumológico de referencia), con la disponibilidad urgente de un técnico de la empresa proveedora para solventar fallas técnicas;

4) La Región debería reconocer, con base en criterios estándar de acreditación nacionales, los centros neumológicos que prescriban el tratamiento, para revalidarlos oficialmente;

5) encomendar a las empresas proveedoras la asistencia técnica y el mantenimiento de los aparatos (para no incurrir en el delito de ejercicio abusivo de la profesión sanitaria), refiriéndose muy en particular a que se utilicen correctamente los dispositivos médicos monouso (mascarillas, filtros antibacterianos, tubos de conexión, etcétera);

6) instruir al paciente y a los familiares en las primeras urgencias y en una correcta utilización de la ayuda terapéutica, definiendo un plan de eventual emergencia;

7) estipular una póliza de seguros por la responsabilidad civil del médico;

8) verificar periódicamente los resultados y el grado de instrucción tanto del paciente como de los familiares involucrados en la asistencia;

9) establecer en la Unidad Sanitaria Local un registro de los pacientes en ventilación mecánica domiciliaria a los que hay que vigilar periódicamente.

Función de las Unidades Sanitarias en la concesión de las prótesis de ventilación a domicilio. Posibles conflictos y soluciones

Uno de los problemas más importantes que pueden surgir entre el centro hospitalario que prescribe el tratamiento y la Unidad Sanitaria es que

aquél asigne un ventilador diferente del prescrito por el especialista. Desde el punto de vista técnico, la prescripción del ventilador debe pasar necesariamente a través de un entrenamiento para adiestrar al paciente dentro del hospital, que habrá de llevarse a cabo con una máquina muy concreta. A pesar de una correcta prescripción, pueden surgir al principio problemas de difícil interacción entre el paciente y la máquina. La adaptación, con frecuencia, es sucesiva y compleja, en cuanto que está erizada de numerosas dificultades técnicas y psicológicas. Al final, el paciente logra adaptarse a ese ventilador específico.

Resulta evidente que la sucesiva prescripción de una máquina diferente (por motivos únicamente de bajar los presupuestos), por parte de la Unidad Sanitaria, puede comprometer el resultado del programa terapéutico a domicilio y de rehabilitación del paciente si se efectúa una vez realizado el entrenamiento.

De hecho, en Lombardía ya existe una circular (del 17.12.1991, n. 140) que puntualiza algunos pasajes del Decreto Ministerial del 30.7.1991 que prevé la eventualidad de que, cuando se compruebe durante el periodo de la enfermedad una necesidad contextual que haga impostergable proporcionar una prótesis ventilatoria, la prescripción del médico especialista de la estructura hospitalaria constituya por sí misma la sola autorización necesaria y suficiente para la empresa proveedora. Pero cuando no existan tales condiciones de urgencia, la solución podría estar en que la Unidad Sanitaria adquiriera previamente un cierto número de ventiladores, siguiendo el parecer de la oficina de compras y de la asesoría del centro que lo prescribe. De esa manera se evitan conflictos de competencias, con grandes ventajas para el paciente.

El microprocesador, futuro protagonista de la asistencia ventilatoria domiciliaria

Pueden surgir nuevos problemas médico-legales cuando se recurre al control telemétrico del paciente con insuficiencia respiratoria crónica y en ventiloterapia domiciliaria prolongada.

Tal estrategia terapéutica llevada prácticamente a cabo en régimen de *hospitalización domiciliaria* (o de *hospitalización protegida*) en la que se hace cargo del paciente directamente la estructura especializada que

lo ha dado de alta, se ha afirmado rápidamente en los países europeos y extraeuropeos más evolucionados desde el punto de vista sanitario. En Italia un vacío legislativo y una programación con fallas y/o inadecuada, han hecho difícil su aplicación en el país.

No obstante esto, se advierte una sensibilidad muy evidente por parte de la clase médica especializada en neumología, que ha captado de inmediato el sentido de utilidad y conveniencia de un método semejante de control a distancia.

Desafortunadamente, a este interés médico no ha seguido un compromiso y una adecuada sensibilidad político-administrativa. Esta es la razón de que hayan comenzado a proliferar una serie de iniciativas locales espontáneas en todo el territorio nacional, que han determinado una gran diversidad de intervenciones.

La telemetría a domicilio del paciente con insuficiencia respiratoria severa tratado con ventiloterapia domiciliaria, permite captar oportunamente las frecuentes e imprevistas modificaciones del precario equilibrio clínico y fisiopatológico, siendo posible intervenir rápida y eficazmente en el plano clínico y económico. El modelo consiste en un sistema operativo centralizado, definido como Unidad Central, capaz de comunicar varias veces durante el día, a través de módulos de captación de datos, y de recibir los parámetros de los pacientes, según una periodicidad establecida por los operadores, con base en la gravedad clínica de los pacientes.

El modelo operativo permite recibir las modalidades de ventilación, la oximetría corriente nocturna y diurna, la frecuencia cardíaca, el consumo y la reserva de oxígeno; pero también los controles periódicos del instrumental, el cuestionario del fisioterapeuta y de los familiares, la situación de los medicamentos y los materiales de consumo y, finalmente, la calidad de la vida (mensual).⁶

La aplicación de un algoritmo permite, además, definir (la capacidad de adaptación) del paciente a la ventiloterapia domiciliaria.

Todo el sistema funciona "en línea", pero no puede proporcionar los parámetros medidos en tiempo real sino sólo en diferido en momentos establecidos durante la jornada; esto hace que no se pueda disponer una teleayuda inmediata si se llega a presentar una necesidad imprevista. Los problemas médico-legales pueden surgir por el hecho de que el sistema puede tener averías "fisiológicas" tanto por defecto de funcionamiento

de la Unidad Central o negligencia o impericia de los operadores, cuanto por error de la máquina en la transmisión periódica de los datos.

Se trata de un tema de reflexión, mientras llega una nueva legislación corregida y actualizada a las exigencias de un sector de la medicina en continua evolución, de los requisitos exigidos a las empresas en las convocatorias de concurso de contrato (motivaciones de orden no sólo económico, sino también técnico) y de gestión, con particular referencia a las posibilidades de intervenir tanto en el domicilio del paciente como a través de la computadora personal en el caso del control telemétrico.

Aspectos educacionales, psicológicos y bioéticos

En medicina, la tecnología expresa actualmente dos aspectos contrarios y en cierta manera conflictivos entre sí: por una parte, representa la esperanza de la victoria del hombre sobre la enfermedad y el sufrimiento, pero por la otra, si no se interpreta y utiliza correctamente, expone al paciente al riesgo de la deshumanización de la práctica terapéutica, con posibles complicaciones.

Una recuperación de los objetivos centrales del quehacer médico requiere que sean reiterados los *valores de referencia* de la medicina. La necesidad de afirmar los principios de “cientificidad” y racionalidad en la práctica médica, como los que proponen los estudios epidemiológicos, los estudios clínicos controlados y los lineamientos internacionales, son una manera importante y seria de referir la medicina al centro del debate y de la reflexión actual. Pero, juntamente con esto, se advierte la necesidad de recuperar la dimensión espiritual del hombre enfermo, las nociones antropológicas de salud y enfermedad, de discutir sobre la organización social y económica que condicionan al quehacer médico.

La falta de resultados definitivos a largo plazo de estudios clínicos controlados sobre la evidencia de los beneficios de la ventilación mecánica domiciliaria suscita cuestiones éticas importantes.⁷

Todo tratamiento en medicina debe proporcionar un beneficio que supere los eventuales riesgos de daño o de desventaja del tratamiento (*principio de beneficencia*).

En los países anglosajones este principio hace posible abstenerse de un tratamiento o interrumpirlo, si se ha iniciado ya, cuando una terapia

sólo causa sufrimientos o efectos colaterales negativos, sin mejorar las condiciones clínicas del paciente.⁸

Lo que se pretende con la ventilación mecánica domiciliaria es lograr: 1) un aumento de la sobrevivencia; 2) la mejora de la calidad de vida del paciente; 3) la posibilidad de garantizar un ambiente que sea capaz de valorizar las potencialidades del paciente; 4) la disminución de la mortalidad; 5) la disminución de que se recrudezcan las afecciones bronquiales y los episodios de descompensación; 6) la reducción del número de hospitalizaciones y de costos/año del menoscabo respiratorio.

En realidad, antes de emprender un programa de ventiloterapia domiciliaria es necesario evaluar el grado de porcentaje de éxito del tratamiento teniendo en cuenta los parámetros de *outcome* clínico; podría considerarse inútil un tratamiento en un paciente cuya supervivencia se prevea que es inferior al 1 por ciento, o al 5 por ciento o incluso más.⁹ Si una intervención terapéutica no es dolorosa, ni constituye la causa de otras complicaciones; si es fácil de poner en práctica y su costo no es excesivo, nada impide que pueda ponerse en marcha aunque las posibilidades de éxito sean bajas. La ventilación mecánica en el paciente con grave insuficiencia respiratoria crónica puede ser dolorosa, agravada por numerosos riesgos y complicaciones.

Las principales complicaciones de la ventilación mecánica a domicilio son:¹⁰ 1) neumotórax; 2) pulmonía; 3) infecciones recurrentes; 4) hemorragias; 5) úlceras de decúbito en la raíz nasal a causa de la mascarilla; 6) insuflación gástrica; 7) inadaptación al ventilador; 8) conjuntivitis y aerofagia.

La decisión racional del especialista neumólogo de enrolar al paciente afectado por insuficiencia crónica a un programa de asistencia respiratoria con ventilación mecánica, surge de una evaluación global del problema y del consentimiento informado que el paciente debe dar al tratamiento.

El tradicional punto de vista, que consiste en que es siempre el médico el que toma las decisiones más importantes para el bien del paciente, hoy no rige ya frente a la presión del concepto de *autonomía del paciente* que es muy fuerte en los países anglosajones y que pesa de igual manera en la elección de un tratamiento sanitario.

La voluntad del paciente, libre y actualmente expresada, debe dirigir el comportamiento del médico dentro de los límites de la dignidad y de la libertad profesional. Con frecuencia, sin embargo, una decisión racio-

nal del paciente requiere un adecuado nivel de lucidez mental y de conocimiento específico del problema que a menudo no existe dadas las complicaciones encefálicas de la insuficiencia respiratoria (encefalopatía hipercápnica).

En tales circunstancias, la mejor solución es la de discutir abiertamente, implicar tanto a los familiares como al médico de cabecera en una toma de conciencia del problema, y tratar de hacerles entender cuáles son las consecuencias de la ventilación mecánica y los efectos de una eventual suspensión. De este modo, el punto de vista del neumólogo puede ser discutido y aprobado por el paciente y sus familiares, que pueden integrar sus necesidades y expectativas, para luego hacer realidad su aprobación al tratamiento mutuamente compartido.¹¹

La discusión abierta resuelve a menudo los problemas; pero en ocasiones el punto de vista del paciente respecto de la ventilación mecánica puede diferir del de los familiares.

En este contexto se debería tomar en consideración, primero, el punto de vista del paciente (*principio de autonomía*) y posteriormente discutir las opciones con los familiares, con la esperanza de llegar a un acuerdo. En todo caso, cualquiera que sea el resultado de esta abierta discusión, el perno de la problemática ética que debe dirigir la actitud del médico ante opciones difíciles, debe estribar en el deber absoluto de respetar los valores de la persona humana globalmente entendidos y buscando su bien integral.¹²

La calidad de la relación que el neumólogo logre establecer con el paciente, con los familiares del paciente y con el médico de cabecera será, pues, fundamental en la realización del programa de *home care*.

Sólo si se logra integrar la tecnología, las estructuras sanitarias y las relaciones humanas en las dinámicas relacionales, el paciente y los familiares podrán aprender y utilizar las habilidades y conocimientos técnicos; y de esta manera también valorarán y potenciarán su propia competencia al prestar la asistencia.

Hacer a los familiares y al paciente competentes significa que, mediante la asesoría y la formación, sean capaces de reconocer las propias necesidades, utilizar los recursos necesarios para satisfacerlos y adoptar decisiones razonadas sobre los problemas de la asistencia, mejorando las formas de autoayuda.

En nuestra realidad social, la familia oportunamente apoyada es capaz de contribuir de manera determinante a la realización del programa de cuidados domiciliarios.¹³

Cuando el paciente ha expresado la voluntad de aceptar el programa de rehabilitación mediante el uso de la ventiloterapia mecánica domiciliaria, es importante lograr que acepte el programa terapéutico de rehabilitación. La intervención educativa que el equipo sanitario debe emprender nace del binomio paciente-máquina. El papel del terapeuta de la rehabilitación en el hospital es fundamental en la fase de adaptación a la ventiloterapia y en la educación del paciente en el manejo domiciliario del aparato. La adaptación consiste en acercar gradualmente el ventilador al enfermo. Es un proceso lento en el que el paciente debe aprender a tomar conciencia de la máquina haciendo muchas preguntas (por ejemplo, se permite probar la máquina durante unos pocos segundos, se elige el tipo de mascarilla más apropiado, etcétera). Sucesivamente, el terapeuta de la rehabilitación propone efectuar una o dos horas de ventiloterapia por la mañana y por la tarde. En esta fase se le enseña a colocarse correctamente la mascarilla, la cofia de sostén, la mentonera, a embocar el humidificador y a solventar los problemas de su higiene.

Concluida la fase de adaptación, el equipo sanitario tiene la tarea de organizar la asistencia a domicilio en la que es útil evaluar los diversos problemas: 1) la ubicación del domicilio del paciente; 2) la elección del ambiente más idóneo para el ventilador; 3) las precauciones y las normas de higiene; 4) el reparto de las tareas asistenciales y de las responsabilidades en el ámbito familiar; 5) el manejo de las urgencias. Esta fase es específica para cada paciente y está en relación con su personalidad.

En definitiva, para que se alcancen los objetivos del programa de cuidados domiciliarios se requiere una adecuada formación del equipo asistencial, que debe adquirir no sólo competencias en el plano técnico y metodológico, sino también en el desarrollo de habilidades empáticas que permitan no descuidar las necesidades comunicativas-psicológicas del paciente y el contexto relacional familiar en que está inserto.

Desde el punto de vista bioético y de organización asistencial, el neumólogo tiene el deber de:

— comprobar que la indicación de la ventilación mecánica a domicilio sea correcta;

— establecer racionalmente la elección del ventilador más idóneo para el paciente (rehuir las lógicas de *marketing*);

— obtener su consentimiento informado, dejándolo en libertad de tomar sus propias decisiones;

— no establecer un tratamiento de ventilación a domicilio si se considera inútil (evaluar los porcentajes de éxito),

— verificar la existencia de problemas logísticos (existencia de un programa de asistencia respiratoria a domicilio en el seno de la propia Unidad Asistencial).

— evaluar con calma los procedimientos previos a dar de alta, mediante un módulo en que estén considerados los problemas clínicos sobresalientes (necesidad de fisioquinesioterapia respiratoria domiciliaria, función del apoyo alimentario domiciliario, existencia de una deglución deficiente, necesidad de apoyo psicológico y educacional, activación de los servicios sociales),

— verificar si el paciente ha aceptado el ventilador en el plano psicológico;

— establecer el grado de cooperación del paciente en la ventilación, para mejorarlo mediante un periodo de entrenamiento antes de ser dado de alta;

— mejorar la calidad de la relación humana entre el neumólogo, el paciente, los familiares y el médico de cabecera;

— desarrollar la comunicación como proceso de intervención educativa en el paciente.

En definitiva, el mensaje ético fundamental puede resumirse como sigue: la relación médico-paciente debe entenderse como un proceso dinámico y abierto, de enriquecimiento recíproco, en el que el respeto de la dignidad y la voluntad del paciente en el sufrimiento, en referencia a la relación riesgo/beneficio, son los puntos que más califican a la asistencia. De hecho, frente a una experiencia que trastorna la existencia y que modifica bruscamente el modo habitual de vida, como ocurre en la ventilación mecánica domiciliaria, se verifican en el enfermo reacciones psicológicas particulares, como la de rechazarla inicialmente, y sólo sucesivamente se da una actitud constructiva de colaboración fundada en la voluntad de combatir la enfermedad y de mejorar la calidad de la

vida, aunque se encuentre en una condición difícil. El neumólogo debe conocer estos temas psicológicos para construir un proyecto educacional que tome en consideración la personalidad del paciente.

Mantenimiento de los circuitos y de los ventiladores

El mantenimiento de los ventiladores pulmonares lo constituyen un conjunto de intervenciones de tipo primario, representadas por la limpieza, la desinfección y la esterilización, y por los de tipo secundario, representados por la regulación, revisión y reparación de los aparatos. Este tipo de actividad lo debe llevar a cabo un equipo técnico-sanitario de procedencia hospitalaria y que haya asistido al enfermo en el hospital, a fin de establecer una asistencia óptima a domicilio.

El equipo técnico-sanitario responsable del mantenimiento podrá estar compuesto por: 1) personal auxiliar para la limpieza, el montaje y la esterilización de los aparatos; 2) enfermeros profesionales para la sustitución de los circuitos; 3) un terapeuta de la rehabilitación; 4) un neumólogo o un anestesista; 5) un ingeniero experto en bioingeniería; 6) un técnico de la empresa electromédica.

La responsabilidad de estas tareas puede ser confiada a un terapeuta en rehabilitación que ya se haya ocupado de asistir al enfermo en una unidad de terapia intensiva respiratoria. Se podrá arbitrar algún medio para encontrar rápidamente al médico de hospital y/o al bioingeniero. Instruido, en primera instancia, sobre la limpieza, esterilización y preparación de los ventiladores, el equipo sanitario coordinado por el terapeuta de la rehabilitación deberá ser capaz de efectuar controles elementales y, cuando sea necesario y urgente, incluso pequeñas reparaciones.

El mantenimiento diario consiste en: *a)* control del circuito paciente-sistema de recuperación y condensación; *b)* control de la regulación del humidificador; *c)* control de los comandos para regular el ventilador; *d)* regulación de las señales de alarma. Es conveniente que estos controles se registren en una cuartilla, junto con los datos clínicos fundamentales del paciente, que serán revisados diariamente por el especialista neumólogo responsable de la terapia.¹⁴

Conclusiones

En definitiva, el riesgo de que se vuelva crónica la ventilación mecánica a domicilio, junto con las siempre posibles complicaciones, debe ser contrapesado con la posibilidad real de un nuevo equilibrio en la salud del paciente. El médico no está obligado éticamente a hacer todo lo que técnicamente se puede, en cualquier momento de la historia natural de la enfermedad; la obligación se impone para algunas intervenciones sanitarias cuyas consecuencias sean ventajosas para el paciente. Cuando se activan o se prolongan tratamientos sanitarios sin beneficio alguno o, mejor dicho, con menos beneficios que desventajas, con mayor malestar para el paciente, se están activando tratamientos sanitarios fútiles, o por exceso, que prescinden de la valoración del bien de la persona en conjunto y del reconocimiento de sus voluntades y preferencias. En líneas generales, la única decisión correcta que hay que tomar frente a un tratamiento sanitario por exceso es la de interrumpirlo, puesto que el seguir con él sería un ensañamiento terapéutico indebido. Si se llevara a cabo una intervención sanitaria semejante, se lesionaría la dignidad del paciente, en cuanto que es transformado en un medio de verificación de hipótesis científicas abstractas que no sólo no tienen relación con su verdadero estado de salud, sino que, inconscientemente, con ello se lesiona también la dignidad del médico, porque se desnaturaliza el pacto de “alianza terapéutica” ante el enfermo doliente y se altera la finalidad intrínseca de la relación terapéutica: la búsqueda del bien del paciente. He aquí por qué la clínica no es una ciencia aplicada, sino una práctica que utiliza la ciencia y la tecnología para el bien del hombre.¹⁵

La actualización técnico-científica y la investigación clínica experimental son puntos importantes que califican a la profesión médica, al igual que la necesidad de una actitud constante de diálogo y de escucha de las necesidades de los pacientes y de sus familias, para construir un acercamiento más humano al sufrimiento. Cuando los confines morales se hacen inciertos, como aquellos tan sutiles que separan a la vida de la muerte, todo médico tiene el deber de volverse filósofo.

Referencias bibliográficas

- ¹ SIMONI P., VITACCA M., FOGLIO K. et al., *La ventiloterapia domiciliare in Italia: problematiche legislative, amministrative ed economiche*, Rassegna Patologia dell'Apparato Respiratorio 1995, 10 (1): 4-9; DONNER C.F., HOWARD P., ROBERT D., *Consensus Conference on: Recommendations for home mechanical ventilation*, Eur. Respir. Rev. 1992: 2.
- ² DELLA TOMMASA S., *Home Care in Pneumologia*, en AA.VV., *Inquinamento dell'aria e patologie respiratorie*, Casalnoceto (AL): Fernando Folini, 1998: 311-317.
- ³ GERACIF., *Il medico dinanzi alle leggi*, Milán: OEMF, 1991: 93-103; MASERA C., *Le nuove responsabilità del medico*, Milán: OEMF, 1989: 6-91.
- ⁴ VALSECCHI C., *Risparmiare sulla pelle dei malati*, Le Scienze 1997, LVIII: 35-36.
- ⁵ DONNER C.F., AMBROSINO N., PESCE L. et al., *Raccomandazioni per la ventilazione meccanica domiciliare*, Ras. Pat. App. Respir. 1992, 7: 363-381.
- ⁶ DAL NEGRO R., *Ossigenoterapia via computer*, MeMo. Medicina Moderna Italiana 1992, octubre: 18-21.
- ⁷ AMBROSINO N., CORSICO R., FRACCHIA C. et al., *Riabilitazione nelle malattie respiratorie*, Turín: UTET, 1996: 425-430.
- ⁸ TORALDO M.D., *Problemi di bioetica clinica in corso di insufficienza respiratoria acuta e cronica riacutizzata*, European Respiratory News 1997 V, 1: 37-46.
- ⁹ OSBORNE M.L., *Physician decision regarding life support in the intensive care unit*, Chest 1992, 101: 217-225; POTIER F., DEFFOULLOI C., MUIR J.F., *Determination of immediate survival among chronic respiratory insufficiency patients admitted to an ICU for acute respiratory failure*, Chest 1992, 101: 204-210.
- ¹⁰ NAVA S., *La ventilazione domiciliare: problemi aspettative e costi*, en ID., *La ventilazione non-invasiva in terapia intensiva respiratoria*, Monza (MI): Midia, 1997.
- ¹¹ SHNEERSON M.J., *Ventilazione meccanica domiciliare nei bambini: tecniche, risultati ed aspetti etici*, Monaldi Arch. Chest Disease 1997, 52, 3 (suppl. 1): 13-18.
- ¹² TETTAMANZI D., *Eticità: valori ed esigenze intrinseci all'esercizio della medicina*, en RANDAZZO A. (coord.), *Problemi etici di vita ospedaliera*, Padua: Piccin, 1989: 107-123.
- ¹³ SPLAINGARD M.L., FRATES R.C., HARRISON G.M. et al., *Home positive pressure ventilation: twenty years experience*, Chest 1983, 84: 376-382.
- ¹⁴ RIEUF P., *La manutenzione dei circuiti degli apparecchi di ventilazione*, en AA.VV., *La ventilazione artificiale*, Collana Anestesia e Rianimazione n. 4, Milán: Masson, 1993.
- ¹⁵ Véase CATTORINI P., *La morte offesa. Espropriazione del morire ed etica della resistenza al male*, Bologna: Dehoniane, 1996.

Regulación natural de la fertilidad: el monitor ovárico de Brown

Anna Wanda Cappella, Aurora Saporosi ***

Resumen

En los últimos años, en el ámbito de las investigaciones para la Regulación Natural de la Fertilidad se han desarrollado diversas técnicas diagnósticas relacionadas con la medición de hormonas, las sustancias contenidas en el moco cervical y la viscosidad del moco mismo; todo ello con la finalidad de que la mujer pueda servirse de un indicador de la fertilidad simple y acertado. El monitor ovárico ideado por Brown, actualmente disponible y utilizado en diversos centros internacionales de enseñanza de los métodos naturales, es uno de los instrumentos más precisos para monitorear la actividad ovárica; es capaz de individualizar el evento ovulatorio en un arco de doce horas y muestra sin género alguno de duda el momento en que la ovulación se ha producido. Se trata, por tanto, de un instrumento diagnóstico de laboratorio que puede ser utilizado tanto por las parejas que desean posponer un embarazo, como por aquellas que lo andan buscando, en su deseo de adherirse generosamente al Proyecto de Dios sobre su

* Ginecóloga, Directora del Centro de Estudios e Investigaciones sobre la Regulación Natural de la Fertilidad, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma; Profesora de Anatomía y Fisiología de la Reproducción, Instituto Juan Pablo II para Estudios sobre el Matrimonio y la Familia, Pontificia Universidad Lateranense, Roma.

** Endocrinóloga, Centro de Estudios e Investigaciones sobre la Regulación Natural de la Fertilidad, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

unión conyugal.

Sin embargo, cualquier instrumento técnico y diagnóstico que estudia la fertilidad se ha de considerar como un apoyo científico a los métodos naturales, pero incapaz, por sí sólo, de sustituirlos. La tecnología, en efecto, debe ir acompañada por la propuesta de un camino de reflexión sobre el verdadero significado de la procreación responsable. El instructor de los métodos naturales es el que transmite a la pareja ese "estilo" de respeto y atención por el otro, y de acogida de la fecundidad como don, ayudándola a crecer en el amor y en la apertura a la vida.

La regulación natural de la fertilidad consiste en el conocimiento y en el uso consciente de las fases de la fertilidad e infertilidad en el curso de la vida reproductiva de la mujer, a fin de obtener o posponer un embarazo. La aplicación de los métodos naturales para regular los nacimientos no puede prescindir de una opción libre y responsable por parte de las parejas y esto explica por qué es fundamental que estos métodos sean propuestos y enseñados juntamente con los auténticos valores inscritos en una verdadera procreación responsable, y no sólo como métodos muy eficaces.

La enseñanza de los métodos naturales no tiene por finalidad sólo el lograr que la pareja los aplique correctamente, el que se utilicen eficazmente, sino que abarca el compromiso de toda una obra educativa-formativa, ofrecida en el ámbito de un servicio de asesoría por parte de instructoras calificadas de los métodos naturales.¹ En efecto, los métodos naturales son modalidades de diagnóstico de la fertilidad, que permiten adoptar un comportamiento correcto en relación con una procreación que sea responsable y generosa. Su significado no se agota, por tanto, en la definición de "técnicas de regulación de la fertilidad" que se contraponen a los medios artificiales de control de la natalidad, sino que prevé y promueve una concepción más amplia del hombre, del amor humano y de la vida naciente. El término "natural" comporta el uso de modalidades no invasivas y totalmente inocuas para identificar las fases de fertilidad

e infertilidad de la mujer. Entre estos cálculos del ritmo disponibles en el mercado (y utilizados actualmente en modernos sistemas computarizados) se encuentra la temperatura basal corporal, la identificación del síntoma del moco y otros síntomas correlacionados con la fertilidad, y actualmente también la dosificación hormonal en la orina.

Cuando se habla de la regulación natural de la fertilidad hay que referirse a los signos y síntomas de fertilidad que realmente reflejan la fisiología reproductiva femenina, a fin de individualizar con la mayor precisión posible el inicio y el fin de las diversas fases del ciclo menstrual de la mujer. Los más recientes métodos de regulación natural de la fertilidad, como el Método Billings y los métodos sintotérmicos, ofrecen indiscutibles ventajas, como su carácter científico ahora ya reconocido y convalidado por numerosos estudios, y la elevada eficacia, confirmada por la misma Organización Mundial de la Salud igual al 97.8 por ciento para el Método Billings.²

Una ventaja ulterior del Método Billings es la de poderse aplicar en cualquier situación de la vida reproductiva de la mujer, independientemente de la regularidad o irregularidad de los ciclos y de su ovularidad o anovularidad.

Los métodos naturales más modernos deberían constituir la opción preferida por parte de cualquier mujer que esté suficientemente motivada para conocer y respetar su propia fertilidad. Desde hace más de 30 años los métodos naturales se han propuesto y difundido gracias a la obra generosa y competente de un voluntariado muy activo, pero merecen indudablemente una más amplia promoción y difusión todavía: es conveniente, pues, estudiar instrumentos y modalidades que los hagan cada vez más disponibles y aceptables.

En este sentido, uno de los mayores impulsos a la investigación en el campo de la regulación natural de la fertilidad se debe a los estudios del Prof. J.B. Brown.

Brown, conocido estudioso de las hormonas ováricas, al principio llevó a cabo sus estudios centrándolos en los problemas de las parejas hipofértiles a las que trataba de ayudar estudiando la posibilidad de hacer coincidir el momento de las relaciones con el pico estrogénico pre-ovulatorio, medido en laboratorio. Este enfoque ofreció buenos resultados, pero cuando se encontró, en 1962, con que tenía que profundizar las correlaciones entre los parámetros hormonales y las señales de fertilidad

en la mujer, en particular el síntoma del moco cervical en el que se basa el Método Billings, el mismo Brown verificó que las mujeres estudiadas eran capaces de individualizar la ovulación con la misma precisión que las mediciones hormonales disponibles.³

En colaboración con otros investigadores que se ocupaban de la visualización directa de los órganos pélvicos mediante laparoscopia, Brown ayudó a establecer la correlación existente entre las hormonas ováricas —estrógeno y progesterona—, las modificaciones del síntoma del moco cervical y la verificación de la ovulación.⁴ Al mismo tiempo, Burger llevaba adelante un estudio piloto sobre las hormonas hipofisarias Follicule Stimulating Hormone (FSH) y Luteinizing Hormone (LH) y se puso en evidencia que la liberación de LH es sucesiva al pico estrogénico de mitad del ciclo.⁵ A partir de que se confirmaron las bases científicas del Método Billings, el Prof. Brown ha venido monitoreando las hormonas ováricas de centenares de mujeres usuarias del Método Billings, para un total de varios miles de ciclos.

A continuación se hicieron protocolos de investigación,⁶ con el propósito de encaminarlos a estudiar las hormonas ováricas, tanto plasmáticas como urinarias, particularmente en relación con:

— el aumento estrogénico, que comporta la aparición del síntoma del moco, anunciando la ovulación unos seis días antes.

— el pico estrogénico, tanto plasmático como urinario, que se verifica 36 horas antes de la ovulación.

— el modo de proceder de la hormona LH, que comienza a aumentar 30-40 horas antes de la ovulación, alcanzando su pico cerca de 16 horas antes de la ovulación.

— el pico del moco, identificado por la mujer misma, que se verifica 0.6 días (14 horas) antes de la ovulación (ocasionalmente la ovulación puede verificarse hasta el 2º día después del pico del moco).⁷

El conocimiento exacto de estos eventos fisiológicos ha permitido enmarcar con mayor precisión no sólo las fases de la fertilidad/infertilidad, sino también los factores que los determinan y los parámetros de referencia más útiles para la mujer.

Con el paso de los años se han ido desarrollando diversas técnicas de diagnóstico para registrar las dosificaciones de las hormonas, de las sustancias contenidas en el moco cervical y de la viscosidad del moco: todo esto con la finalidad de encontrar un indicador de la fertilidad simple y

acertado, del que la mujer pudiera servirse con autonomía. Se estudiaron muestras de la saliva, las modificaciones de los fluidos vaginales y sus variaciones eléctricas. Algunos sistemas han sido superados ya por diversas dificultades, incluido el alto costo o la nula confiabilidad.

Para la mayor parte de las mujeres es suficiente la observación e interpretación del síntoma del moco, correctamente aprendidas en centros calificados para la enseñanza del Método Billings; sin embargo, se pueden dar situaciones particulares que presentan problemas o dificultades que se pueden resolver fácilmente con ayuda de mediciones de las hormonas ováricas, por ejemplo:

— mujeres que aprenden el método natural durante la habituación y que se pueden valer de las mediciones de las propias hormonas, que fluctúan durante alguna semana antes de la reanudación del ciclo normal;

— casos de hipofertilidad, en los que el problema de un moco inadecuado puede ser superado con la identificación precisa del momento de la ovulación;

— en alguna ocasión, mujeres muy ansiosas pueden sentirse tranquilizadas por una verificación hormonal, que confirme su propia identificación del moco;

— mujeres con patologías cérvico-vaginales, a las que les resulta difícil identificar el síntoma del moco.

Cuando se habla de regulación natural de la fertilidad, se piensa generalmente en términos de ciclo ovulatorio, en cuanto que ésta es la forma más común de actividad ovárica. En realidad se verifican también otras formas de actividad ovárica (prolongadas fases no fértiles antes de la ovulación, ciclos anovulatorios, fases no fértiles después de la ovulación breves o insuficientes), que no todos los métodos naturales son capaces de manejar, a menos que no se hayan elaborado reglas capaces de afrontar también estas situaciones, como en el Método Billings. Estas diversas formas de funcionalidad ovárica constituyen respuestas fisiológicas del organismo de la mujer que hacen que una concepción no se verifique sino en condiciones favorables para la madre y para el hijo: es decir, en condiciones de plena fertilidad de la mujer, caracterizadas por ciclos de la ovulación regulares, apoyados por valores hormonales óptimos. Las citadas formas de “diversa” funcionalidad ovárica, caracterizadas en cambio por una reducida fertilidad en los ciclos, se presentan predominantemente durante las fases especiales de la vida reproductiva

de la mujer (pospubertad, lactancia, premenopausia), cuando es menos frecuente que se verifique un embarazo.

Hasta ahora, la mayor parte de los estudios referentes a la elaboración y la experimentación de un instrumento de diagnóstico útil para la regulación natural de la fertilidad, consideraban a mujeres normales con ciclos regulares, esto es, de una duración comprendida entre los 23 y los 35 días. Durante mucho tiempo, en cambio, se descuidó a un gran número de mujeres con ciclos irregulares, probablemente por problemas demasiado difíciles de resolver con un instrumento estándar.

Si las mujeres con ciclos regulares utilizan un método natural, no necesitan generalmente mediciones hormonales u otras técnicas laborioras; sin embargo, una prueba de laboratorio simplificada para uso domiciliario sería de gran ayuda para aquellas mujeres que, aunque sea ocasionalmente, se encuentran en situaciones particulares de su vida productiva.

Un reciente estudio promovido por la Organización Mundial de la Salud ha evidenciado que el porcentaje de ciclos ovulatorios en mujeres normales entre los 20 y los 40 años, cuando no están estresadas, es del 90 por ciento.⁸ El 10 por ciento de los ciclos de las mujeres normales resulta ser infértil. Además, durante la adolescencia, en mujeres muy tensas, que están lactando o en la premenopausia, el porcentaje de ciclos no fértiles se eleva todavía más.

En conclusión, las mujeres transcurren en promedio el 80 por ciento de su vida fértil en una condición en la que no podrían concebir aunque quisieran, por lo que es muy importante definir con la máxima precisión posible las fases fértiles de los ciclos de la mujer.

Para ayudar a las mujeres a identificar cuidadosamente su propia fase de fertilidad incluso en las situaciones más complicadas, Brown ha ideado un instrumento, el Monitor Ovárico, que la mujer puede usar incluso cuando está sola en su domicilio.

El Monitor Ovárico es una de las modalidades más precisas que actualmente se dispone para monitorear la actividad ovárica. El aparato es capaz de localizar el evento ovulatorio en un espacio de 12 horas, y demuestra sin lugar a dudas el momento en que la ovulación ha sobrevenido. El Monitor Ovárico es un instrumento de diagnóstico de laboratorio, que puede ser utilizado tanto por las personas que desean espaciar un embarazo, como por aquellas que lo estén buscando acti-

vamente. Respecto de las otras técnicas actualmente propuestas, ofrece ventajas que podemos resumir como sigue:

1) experimentación ya efectuada en amplísima escala, según un protocolo exento de contraindicaciones de carácter ético o sanitario (estudios ya publicados demuestran que Brown ha distribuido hasta ahora más de 700 monitores, ha llevado a cabo más de 750,000 mediciones urinarias, con una experiencia de mediciones cotidianas igual a 2,000 año/mujer);⁹

2) ejemplificación de la ejecución de un verdadero test instrumental de laboratorio, de tal manera que lo hace accesible para el uso domiciliario incluso para personas no especializadas (la prueba prevé simplemente una toma de muestra horaria de orina; el funcionamiento del monitor es enseñado y controlado por supervisores calificados);

3) no prevé cálculo alguno computarizado basado en valores-umbral estándar preestablecidos, considerados adecuados para cada mujer; el Monitor Ovárico es capaz de localizar los niveles-umbral personales de cualquier sujeto;

4) especificidad de la prueba que proporciona los resultados de mediciones hormonales en unidades absolutas (y no con base en evaluaciones semicuantitativas o colorimétricas, capaces de evaluar sólo la intensidad de la coloración de una barrita o de una solución);

5) el monitor ejecuta las mediciones de ambas hormonas ováricas en la orina, es decir, la Estro-glucuronida (EIG) —derivado estrogénico para definir el inicio de la fase fértil—, y la Pregnandiol-glucuronida (PDG) —derivado progestínico postovulatorio para definir el fin de la fase fértil. No se considera la LH en cuanto hormona no ovárica, sino hipofisiaria; la medición de la LH está más indicada para las pruebas cuando se busca el embarazo;

6) aplicación de un sistema no invasivo en mujeres que utilizan los métodos naturales en situaciones a veces difíciles, como son patologías cérvico-vaginales, disfunciones endocrinológicas, hipofertilidad o situaciones fisiológicas especiales de la vida reproductiva (lactancia, premenopausia, post-píldora, terapias hormonales sustitutivas). Estas situaciones resultan a veces menos manejables con el solo método natural.

Conclusiones

Los operadores en el campo de la regulación natural de la fertilidad pueden tener una ayuda médico-científica en la aplicación de algunas recientes técnicas de diagnóstico para la localización de la fertilidad. Pero para que estas técnicas resulten realmente útiles, es importante que sean confiables y válidamente experimentadas desde el punto de vista científico. En el Centro de Estudios e Investigaciones sobre la Regulación Natural de la Fertilidad de la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Roma, se está utilizando el Monitor Ovárico de Brown, que puede estar asociado al uso correcto del Método Billings. La aplicabilidad del Monitor Ovárico puede resumirse como sigue:

A. No sustituye al método natural, pero lo confirma y lo completa con la verificación del modo de liberación de las hormonas ováricas; el Método Billings, que permite interpretar incluso señales “atípicas” dadas por el síntoma del moco, permite por otra parte tener información importante sobre la funcionalidad del cuello uterino, sobre todo en caso de alteraciones locales.

B. Confirma las bases científicas del Método Billings; los síntomas observados por la mujer están estrechamente vinculados con los valores hormonales, lo cual confirma la correcta interpretación del síntoma del moco por parte de la mujer y demuestra que las reglas del Método Billings son necesarias y se basan en datos científicos.

C. En la lactancia, la premenopausia, y después de tomar la píldora, el monitor verifica eventuales cuadros insólitos.

D. A algunas mujeres que están aprendiendo el Método Billings, el Monitor Ovárico confirma que el PDG “cut-off” (valor que identifica que se ha producido la ovulación) corresponde a su pico del moco (parámetro ovulatorio para el Método Billings).

E. Si se asocia con el Método Billings, requiere la ejecución de pocas pruebas (3 ó 4 por ciclo) para identificar todos los eventos significativos de un ciclo entero.

F. En la investigación del embarazo se utiliza en un primer momento el Método Billings. El monitor identifica con mayor precisión el día más fértil del ciclo, así como eventuales problemas ováricos, ofreciendo una aportación al diagnóstico incluso para el médico que lleva el tratamiento.

G. Complementado con instrumental de laboratorio (jeringas apropia-

das, termostato con bloqueo de recalentamiento para mediciones múltiples), es capaz de ofrecer una válida ayuda clínica a los centros de enseñanza de los métodos naturales, así como a los laboratorios clínicos de estructuras médico-científicas.

H. El uso del monitor y la capacidad de interpretar correctamente los resultados, sirve, además, de ayuda a los médicos al:

— monitorear las terapias de pacientes hipofértiles tratadas con clomifeno, gonadotropinas o la Gonadotropin Releasing Hormone (GN-Rh);

— hacer el seguimiento de los casos de déficit luteínico;

— estudiar los casos de abortividad repetida.¹⁰

Actualmente están disponibles tres supervisores del monitor en Australia y uno en Italia, vinculados entre sí. Se ha estudiado un programa de cuatro niveles para la formación de un supervisor, gestionado personalmente por Brown. Es de esperar que en el futuro todo centro coordinador de la enseñanza de los métodos naturales pueda contar con un supervisor y con la posibilidad de un monitor en dotación, para mejorar cada vez más la aplicabilidad y la difusión de los métodos naturales en casos particulares, en la perspectiva de un servicio competente y accesible para todos.

Referencias bibliográficas

1 CAPPELLA A., GIACCHI E., SAPOROSI A., *Il Metodo Billings oggi*, Actas del II Congreso Internacional para la Regulación Natural de la Fertilidad: Ciencia, cultura y experiencia hacia el 2000, Milán: Ed. La Bottega dell'Orefice, 1993: 189-197; GIACCHI E., SAPOROSI A., CAPPELLA A., *I metodi naturali per un cammino educativo della coppia*, en GIROLLO S., CAMPANELLA M. (coords.), *Etica, natura e procreazione responsabile*, Verona: Ed. Libreria Cortina, 1996: 45-54.

2 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *A perspective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning*, Fert. Ster. 1981, 36: 152.

3 BROWN J.B., MATTHEW G.D., *The application of urinary estrogen measurements to problems in gynaecology*, Rec. Progr. in Horm. Res. 1962, 18: 337-385.

4 ID., *The scientific basis of the ovulation method*, en BILLINGS J.J. et al., (coord.), *The Billings Atlas of the ovulation method*, Melbourne: Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia, 5th ed., 1989: 77-87.

5 BILLINGS E.L., BILLINGS J.J., BROWN J.B. et al., *Symptoms and hormonal changes accompanying ovulation*, Lancet 1972, 1: 284-294.

6 TRELOAR A.E., BOYNTON R.E., BEHN B.G. et al., *Variation of the human menstrual cycle*

- through reproductive life, *Int. J. Fertil.* 1970, 12: 77-126; BROWN J.B., *The scientific basis of ovulation method*, en *Ovulation Method Workshop*, St. Margaret Hospital, Sydney, Australia, 1973; MOGHISSI K.S., *The function of the cervix in fertility*, *Fertil. Steril.* 1972, 23: 295-306; COLLINS W.P., *Hormonal indices of ovulation and the fertile period*, *Adv. Contracept.* 1982, 1: 279-294; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Temporal relationship between indices of the fertile period*, *Fertil. Steril.* 1983, 39: 647-654.
- 7 ODEBLAD E., *The biophysical properties of the cervical-vaginal secretions*, *Int. Rev. Nat. Fam. Plan.* 1983, 7: 1-56; ID., *Sperm-mucus interaction and cervical mucus penetration test*, en ZATUCHNI G. (ed.), *Male Contraception*, Chicago: North Western University, 1985, 134-137.
- 8 KENNEDY K.L., GROSS B.A., PARENTEAU-CARREAU S. et al., *Breastfeeding and the symptothermal method*, *Studies in Family Planning* 1995, 26: 107-115; BROWN J.B., BLACKWELL L.F., *Ovarian monitor instruction manual*, Melbourne: Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia, 1989: 15.
- 9 ID., *Use of the home ovarian monitor in pregnancy avoidance*, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991, 165(6): 2008-2011; ID., *Chemical and homogeneous enzyme immunoassay methods for the measurement of estrogens and pregnadiol and their glucuronides in urine*, *Prog. Biol. Clin. Res.* 1988, 285: 119-138.
- 10 THORNTON S.J., PEPPAREL R.J., BROWN J.B., *Home monitoring of gonadotropin ovulation induction using the ovarian monitor*, *Fertil. Steril.* 1990, 54: 1076-1082.

Un nuevo término médico a discusión. Comentario al llamado *versterving*

*Bonifacio Honings**

Resumen

*En esta nota informativa el autor pretende dar a conocer el significado de una nueva palabra difundida en Holanda y en Alemania: *versterving*. Se trata de un término holandés en uso desde hace un tiempo en los asilos para ancianos afectados de demencia. La discusión en torno a este término se inició con un hecho ocurrido en un asilo de Holanda: los familiares de un enfermo asilado denunciaron al personal que lo cuidaba porque, a fin de acelerar la muerte de su familiar enfermo, no le daban ni agua ni comida. En realidad, el término fue acuñado por primera vez por un médico psiquiatra, Chabot, para indicar la renuncia a la hidratación y a la alimentación artificiales, lo cual, en esencia, quiere decir abrir una puerta a la eutanasia pasiva.*

Desde hace algún tiempo los medios de comunicación en Holanda¹ y recientemente un proyecto de la *Cámara de los médicos* en Alemania² han llamado la atención del público sobre una discusión acerca de un tipo de comportamiento de los trabajadores del mundo sanitario en relación con los enfermos terminales. En realidad, entre la opinión pública se da cada

* Miembro de la Pontificia Academia para la Vida; Profesor emérito de las Universidades Pontificias Lateranense y Urbaniana.

vez más la concepción de la vida en términos de eficiencia y de goce psicofísico, debido a que cada vez se es menos capaz de dar un significado al sufrimiento y a la discapacidad, y hay que liberarse de él a cualquier costo y por todos los medios.³ Por lo demás, esto corresponde a la “mentalidad cada vez menos inclinada a reconocer la vida como un valor en sí mismo, relativo sólo a Dios, independientemente del modo de estar en el mundo”.⁴ Por consiguiente, también la muerte es vista *como final* absurdo de una vida que hay que seguir gozando todavía o bien como *liberación* de una existencia carente ya de cualquier valor.⁵ Todo esto, señala la Carta —dentro de una cultura que, prescindiendo de Dios, hace al hombre responsable sólo ante sí mismo y ante las leyes de la sociedad libremente establecidas— es el caldo de cultivo de la eutanasia”.⁶

En este comentario quisiera dar a conocer la manera como, a este nivel mental, en Holanda y en Alemania se está promoviendo un nuevo concepto y se corre el riesgo de deslizarse hacia un sí a la eutanasia pasiva. Para mayor claridad, subrayo, en primer término, el sentido del nuevo concepto, luego preciso, más en concreto, qué está ocurriendo, y finalmente, propongo una valoración crítica constructiva.

El sentido del concepto *versterving*

Se trata de un término en holandés al que, desde hace poco tiempo, se recurre en los asilos, sobre todo en relación con los ancianos afectados de demencia. La discusión se inició con un hecho sucedido en el asilo “t Blawbörgie” en *Groningen* (Holanda).⁷ Algunos familiares muy cercanos de un enfermo demente querían dirigirse al Ministerio de Sanidad para denunciar al personal que lo cuidaba, porque, con el fin de acelerar la muerte del enfermo, no le daban ya comida ni bebida.

Ellos querían saber dos cosas sobre el particular: la primera, si la alimentación y la hidratación artificiales formaban parte de una acción médica; la segunda, si para dejar de hacer tal acción se necesitaba el previo consentimiento del paciente. Por lo que concierne al consentimiento, se quería saber, además, cómo comportarse en los casos en que los pacientes son verdaderamente dementes.

El médico general *Jan Versteeg* precisó de inmediato que en tales casos el médico no puede actuar según su propio parecer, puesto que

existen normas objetivas, ante todo y sobre todo, la general del respeto al paciente, aunque éste sea demente. Por otro lado, el médico general *Hans van den Bosch* decía, en una entrevista televisiva, que la cuestión demuestra lo lejos que estamos ya del modo “clásico” de enfocar la vida en su fase terminal. En efecto, antes se moría en el propio domicilio, es decir, en un contexto de calor doméstico, rodeados por los hijos, los nietos, los vecinos y conocidos. Ahora, generalmente se termina la vida en un asilo para ancianos, cuyo contexto está caracterizado por un menor “calor”, más aún, la mayoría de las veces por ninguna “implicación” del hogar doméstico. Muchas personas, anota con realismo este médico, no saben ya cómo se desarrolla el proceso de la muerte. Para entender el meollo de la discusión, puede ilustrar y aclarar mucho el juicio del doctor *C. Hertogh*, médico de un asilo. En calidad de secretario de la *Comisión de Decisión* en materia de pacientes dementes, decía a un periodista: el término *versterving* da la impresión de que la hidratación y la alimentación son, desde el punto de vista médico, acciones carentes de sentido. Sin embargo, esta impresión es falsa, por lo que muchos familiares de los enfermos en cuestión temen justamente que la *versterving* sea un nuevo modo de poner fin a la vida. Por lo que a nosotros se refiere, tratemos de aclarar mejor qué es lo que está ocurriendo.

¿Qué sucede en la frontera entre vida y muerte?

El proyecto sanitario de la *Cámara de los médicos alemanes* es muy instructivo a este respecto. Trata tanto de los límites del tratamiento deontológicamente obligado por parte del agente sanitario, cuanto de los límites de las pretensiones terapéuticas y de cuidados por parte del paciente terminal. Desde el punto de vista médico se precisa que los intentos por prolongar la vida pueden cesar, es decir, se pueden interrumpir e incluso ni siquiera iniciarse, con tal que, sin embargo, no tengan ya algún efecto terapéutico ni influjo alguno sobre el dolor irreversible. De cualquier modo, se precisa una vez más, el agente sanitario debe tener siempre presente que necesita el consentimiento del paciente. Por otro lado, y esto es puesto de relieve expresamente, el comportamiento del médico no puede significar jamás una especie de colaboración al suicidio del paciente. En otras palabras, y lo subrayo, toda ayuda a la

eutanasia activa debe ser categóricamente excluida, precisamente porque contrasta con la deontología profesional del agente sanitario. A continuación, el proyecto alemán formula de manera teórica lo que ya está ocurriendo en la práctica en Holanda. Al tratar a pacientes muy graves, pero que no están aún en fase terminal, esto es, en la fase de morir-como, por ejemplo, las personas en estado de "coma-vigilia" (*Wachkoma*) o recién nacidos con graves menoscabos congénitos o con serias lesiones perinatales- nos preguntamos hasta dónde está obligado el agente sanitario a intervenir y hasta dónde llega el derecho del paciente, o el derecho de quien lo representa, a la (auto)decisión de poner fin a la vida. En este contexto, es totalmente claro que *versterving* no significa otra cosa que, con el consentimiento del paciente o de quien lo representa, no iniciar o interrumpir la alimentación y la hidratación artificiales. Esto quiere decir romper la barrera "absoluta" de la eutanasia, porque se abre la puerta a la eutanasia pasiva. En tales casos, en efecto, se deja morir o, mejor dicho, se hace morir de hambre y de sed al paciente. Como confirmación de esto, cito textualmente el párrafo 2 del art. 36 del nuevo Código Deontológico Italiano: "En caso de que el estado de conciencia esté comprometido, el médico debe continuar la terapia de sustento vital hasta que sea racionalmente útil".⁸ A mí me parece que esto vale para el paciente en "Wackoma".⁹

Una valoración propositiva

Los agentes sanitarios indiscutiblemente desempeñan una actividad, propia y específica, de servicio a la vida. Su compromiso no es sólo profundamente humano, porque es asumido con gran competencia técnica, sino también un compromiso propiamente cristiano, porque lo cumplen con una entrega amorosa al servicio del prójimo. La decisión categórica de no recurrir jamás a la eutanasia activa es ciertamente una prueba de ese compromiso. A este propósito leemos en la *Carta*: "La piedad suscitada por el dolor y el sufrimiento hacia enfermos terminales, niños discapacitados, enfermos mentales, ancianos y personas afectadas de males incurables no autoriza a nadie a practicar la eutanasia directa, ya sea activa o pasiva. Aquí no se trata de prestar ayuda a un enfermo, sino de dar muerte intencionadamente a un ser humano".¹⁰ Esta autorizada

declaración excluye no sólo cualquier acción eutanásica activa, sino que evidencia también, explícitamente, un no absoluto a todo acto de eutanasia pasiva. Ahora bien, he aquí el interrogante crucial: ¿la *versterving* es una especie de eutanasia pasiva? La respuesta a este interrogante depende no sólo de los cuidados básicos obligados, sino también de la licitud o no de los efectos directos de abstenerse de los mismos. Para hacer más clara aún la respuesta, recuerdo el principio de respeto del vivir y del morir. “Para el médico y sus colaboradores no se trata de decidir sobre la vida o la muerte de un individuo. Se trata simplemente de ser médico, es decir, de plantearse y decidir en ciencia y conciencia, el cuidado respetuoso del vivir y del morir del enfermo a él confiado. Esta responsabilidad no exige el recurrir siempre y en todos los casos a cualquier medio. Se puede incluso requerir el renunciar a tales medios, para una serena y cristiana aceptación de la muerte, inherente a la vida. Puede incluso querer decir el respeto de la voluntad del enfermo que rechaza el empleo de ciertos medios”.¹¹ En efecto, con base en el principio de la “proporcionalidad en los cuidados”, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que únicamente prolongarían la vida de manera precaria y penosa. Hago notar, sin embargo, que nos encontramos en la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de todos los medios empleados. ¿Pero, es éste el caso cuando se recurre a la *versterving*?

La respuesta es, decididamente, ¡no! Ante todo, porque se trata de pacientes, ciertamente incurables, pero siempre susceptibles de ser atendidos con medios de cuidados básicos, o sea normales, y esto hasta su muerte natural. Ahora bien, “la alimentación y la hidratación, incluso artificialmente suministradas, se incluyen entre los cuidados normales debidos siempre al enfermo cuando no resulten gravosos para él: la suspensión indebida de estos cuidados puede cobrar el sentido de una auténtica eutanasia”.¹² En otras palabras, el recurso a la *versterving* es una suspensión, “generalmente” indebida, de cuidados -ahora sí- proporcionados; además, y esto resulta decisivo desde el punto de vista deontológico, la *versterving* tiene como efecto directo la muerte por hambre y sed y equivale, por tanto, a la eutanasia pasiva.

Con lo anterior, se entiende la diferencia sustancial que existe con el caso en que el médico recurre a los analgésicos, aunque su uso anticipe la muerte. Pío XII explicaba que, cuando lo exigen unos “motivos

proporcionados”, “está permitido utilizar con moderación narcóticos que alivien los sufrimientos, aun cuando lleven también a una muerte más rápida”.¹³ “En este caso, la muerte no es querida o buscada en modo alguno, aunque se corra el riesgo de ello por una causa razonable: se pretende simplemente aliviar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos de los que la medicina dispone”.¹⁴ De este modo, ni el médico ni el paciente, ni una tercera persona, se arrojan el derecho de ser los dueños de la vida ni tampoco los conquistadores de la muerte; más aún, los agentes sanitarios demuestran ser los garantes de la vida y los acompañantes de una muerte digna, mientras los pacientes reconocen ser sólo usufructuarios del don divino de la vida hasta su muerte natural.

Con base en esto —y lo que pretendo promover con este breve comentario—, la actividad médico-sanitaria se debe volver cada vez más una relación interpersonal de naturaleza particular, esto es, un encuentro entre una confianza y una conciencia. “La ‘confianza’ de un hombre marcado por el sufrimiento y por la enfermedad -y por esto necesitado-, el cual se confía a la ‘conciencia’ de otro hombre que puede hacerse cargo de su necesidad y que sale a su encuentro para asistirlo, cuidarlo, curarlo. Éste es el agente sanitario”.¹⁵ Y es esto lo que *Van der Spek*, director de un asilo en Holanda, trataba de decir en un programa de radio: “Debemos hacernos cada vez más conscientes de que no somos Dios y que la vida es dada una sola vez, para dar de ella un uso pleno de sentido. Cada paciente que llega a nosotros viene para morir, pero no para que se le dé muerte: entre estas dos cosas hay un mundo gigantesco de diferencia. O tal vez no...”. Entonces las denuncias como la hecha al asilo “t Blauwbörgje” en *Groningen* (Holanda) carecen verdaderamente de fundamento y tanto los pacientes como sus familiares pueden estar muy tranquilos. Entonces no se corre el riesgo de que el personal sanitario recurra a la *versterving*.¹⁶

Referencias bibliográficas

¹ Cfr. RUTENFRANS C., *Alles onder controle: eerst het water, un de dood.*, Kwartaal 1997, 4: 20-27.

² Cfr. REITER J., *Sterbebegleitung: Entwurf der Bundesärztekammer*, Herderkorrespondenz 1997, 7: 336. Véase, para Inglaterra: ZEMAN A., *Persistent vegetative state*, *The Lancet* 1997, 350: 795-799.

³ Cfr. VAN DEN BERG J.H., *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: Callenbach, 1969. El autor califica a un médico, el cual a solicitud de la hija termina con la vida de la madre demente, como un sanitario verdaderamente potente, que pertenece enteramente al tiempo de la nueva ética (Cfr. RUTENFRANS, *Alles onder controle...*, p. 22)..

⁴ PONTIFICIO CONSEJO DE LA PASTORAL PARA LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta a los agentes sanitarios*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1995, n. 147. En adelante la citaremos como *Carta...*

⁵ Cfr. *Ibid.*

⁶ En honor a la verdad, habrá que añadir dos cosas: el asilo fue absuelto porque del análisis resultó que el personal no había cometido nada irregular o ilegal; el término *versterving* fue acuñado por primera vez por Chabot, un psiquiatra, y precisamente para indicar la renuncia a la hidratación y a la alimentación artificiales.

⁷ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Informazione e consenso all'atto medico*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, 1992: 52-53. Muy diferente es el parecer de Zeman, el cual, al tratar del estado vegetativo persistente (PVS), escribe: "If the diagnosis of PVS is beyond doubt, and the passage of a year or more has greatly reduced the chance of recovery, it seems reasonable to considerer withdrawing (sic!) artificial hydration and nutrition" (ZEMAN, *Persistent...*, p. 798).

⁹ Scarisbrick ha afirmado al respecto: "I am suspicious. I regard this having a sinister hidden agenda. Some of it is entirely acceptable, but we are fearful that its real intention is to promote the idea that you could deliberately kill people that fall into those categories". En cuanto a los lineamientos para dejar morir a ciertos niños (del 25 de septiembre de 1997), el mismo Scarisbrick sostiene que: "Doctors should refer these very difficult cases of desperately ill children to hospice care rather than wringing their hands and saying, 'kill, kill'" (manuscrito).

¹⁰ PONTIFICIO CONSEJO DE LA PASTORAL PARA LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta...*, n. 147.

¹¹ *Ibid.*, n. 121; véase también Pontificio Consejo "Cor Unum", *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti* (27.7.1981), n. 7.2, en *Enchiridion Vaticanum*, n. 7, Bolonia: Dehoniane, 1985: 1165.

¹² PONTIFICIO CONSEJO DE LA PASTORAL PARA LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta...*, n. 120. Al respecto, Elio Sgreccia, comentando un documento específico del Secretariado de la Conferencia Episcopal Francesa, afirma: "Cuando, según los expertos, se presenta el coma 'irreversible', persiste la obligación de los cuidados ordinarios (entre ellos, los de hidratación y nutrición parental), aunque no se está obligado a aplicar medios particularmente agotadores y onerosos para el paciente, pues esto lo condenaría a una prolongada agonía en condiciones de nula posibilidad de recobrar la conciencia y la capacidad de relación. En este caso se tendría un 'ensañamiento terapéutico' indebido" (SGRECCIA E., *Manual de Bioética. I. Fundamentos y ética biomédica*, México: Diana-Universidad Anáhuac, 1996: 611).

Sobre el tema, resulta interesante lo que se lee en una publicación italiana del Colegio de Médicos: puesto que "el juicio sobre el carácter irreversible del coma y sobre las condiciones de no recuperación de la conciencia no es fácil..., parece difícilmente justificable la sustracción de la asistencia ordinaria, incluso en casos verdaderamente lastimosos" (*Bolletino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*. Suppl. 1995, n. 7/8).

¹³ PÍO XII, *A los participantes en un Congreso de neuropsicofarmacología* (9.9.1958), en *Acta Apostolicae Sedis* (AAS) 1958, 50: 694.

¹⁴ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la eutanasia* (5.5.1980), en AAS 1980, 72: 548.

¹⁵ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta...*, n. 2.

¹⁶ Estando en Holanda, mantuve algunas entrevistas con expertos, de más de 40 años, al servicio de personas ancianas y de jóvenes en coma. Citando casos concretos, me contaron que cuando las personas se rehusan a comer y beber se trata, la mayoría de las veces, de momentos de crisis, que generalmente se pueden superar. De todos modos, el recurso a la sonda naso-gástrica y a la fleboclisis son entonces acciones ordinarias. Me ha parecido muy interesante, para el presente tema, el que el cuerpo mismo del enfermo "se encargue" de indicar cuándo ha llegado el momento del rechazo: en cuanto a la comida, después de más o menos tres horas, si no se ha digerido, se puede regurgitarla por entero; y en cuanto al líquido, en un cierto momento los tejidos ya no lo absorben y acaba en los pulmones, causando así la muerte.

Es entonces el momento de la interrupción sin tener que recurrir a la *versterving*, al contrario, se pone un alto a esta especie de ensañamiento terapéutico.



TEMAS ACTUALES DE BIOÉTICA

El Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac tiene el gusto de comunicar a los lectores de la revista Medicina y Ética que recientemente ha publicado el libro TEMAS ACTUALES DE BIOÉTICA en conjunto con Editorial Porrúa, el cual ya se encuentra a la venta en las distintas librerías del país.

Como autores participan: José Kuthy Porter, Óscar J. Martínez González, Martha Tarasco Michel, Bernardo Pérez Fernández del Castillo, Laura Palazzani, María de la Luz Casas Martínez, Octaviano Domínguez Márquez, Rodrigo Guerra López, María Luisa Di Pietro, Carlos Michel Hernández, Francisco J. Marcó Bach, Luis Miguel Pastor García, Philippe Gauer, Modesto Ferrer, Gabriel Cortés Gallo, Francisco J. León Correa.



MAESTRÍA EN BIOÉTICA

El Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac, Campus Poniente, anuncia el inicio de su Maestría en Bioética para el próximo mes de agosto de 2000.

El programa está dirigido a todos los profesionistas relacionados con las Ciencias de la Salud, juristas del área civil y penal, personal administrativo relacionado con seguros de gastos médicos, filósofos, personal de pastoral sanitaria y a todas aquellas personas interesadas en promover los derechos del paciente y con inquietudes sociales en este ámbito.

Tiene como objetivo formar especialistas e investigadores, líderes en su campo, con sólidos conocimientos, habilidades y valores, capaces de tener una injerencia ética y jurídica en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

Informes: Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac.
Av. Lomas Anáhuac s/n. Col. Lomas Anáhuac. Huixquilucan, Edo. de México.
Tels.: 5328-8074, 5627-0210 Exts. 7146 y 7205. Fax: 5596-1938.
e-mail: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx

CRITERIOS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA “MEDICINA Y ETICA”

Los artículos deben escribirse de preferencia en español, de manera clara y concisa. El texto deberá ir mecanografiado a doble espacio, en papel tamaño carta. Se requiere que el artículo no exceda de 30 cuartillas y que se pagine cada una de éstas. Deberán enviarse dos copias de cada artículo.

La primera página debe contener el título del trabajo, el (los) nombre(s) del (de los) autor(es) y de la institución a la cual pertenezca(n). Independientemente de la extensión del artículo deberá anexarse un resumen de no más de 10 líneas.

A lo largo del texto se deberán señalar con número exponencial las referencias bibliográficas y, al final del texto, citarlas en el mismo orden, de la siguiente manera:

¹ LUNDE B.T., ABRAHAM, H., *Prevention of psychosis following open heart surgery*: American Journal of Psychiatry, 1968. 124: 1195-1199.

La aceptación de los trabajos está sometida al juicio del *Comité Editorial*. Los que se acepten serán publicados; aquellos que no lo sean, permanecerán en las oficinas de la revista.

Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina, Universidad Anáhuac
Dr. Óscar J. Martínez, Coordinador Académico
Apartado Postal 10 844
C.P. 11 000, México, D.F.
Email: ojmartin@anahuac.mx**

No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior.

REVISTA MEDICINA Y ETICA

PERIODICIDAD: 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: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

País: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor, enviar cheque a nombre de:

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

Número de cheque: _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:

**Instituto de Humanismo
en Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac
Apartado Postal 10 844
C.P. 11 000, México, D.F.
Email: ojmartin@anahuac.mx**