

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1992/4

**Perinatología: Convivir con los errores - Bioética en la
pediatría - Problemas bioéticos, deontológicos y
médico-legales en la medicina perinatal - Anti-
androgénicos en el tratamiento del compor-
tamiento sexual violento - Bioética de los
principios y las virtudes - Etica de
las tecnologías instrumentales
en medicina**



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM™

**Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina**

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

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S. C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Tercer milenio, Lago Muster 99
Colonia Argentina

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

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

México: 150,000 pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls. Estudiantes, 15% de descuento.
Benefactores: \$120 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 10-866, México D.F. 11000

Registros en trámite.
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

4

VOLUMEN III NUMERO IV OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1992

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 - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Francesco Introna - J.F. Malherbe
Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi - Angelo Serra
Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Comité Editorial: Dr. Juan Somolinos - Dr. José Ramírez
Dr. Andrés Lisci - Dr. Adolfo Martínez - Dr. Enrique Ruelas
Lic. Michael Ryan - Lic. Antonio Cabrera

INDICE

EDITORIAL	371
Perinatología: Convivir con los errores. <i>Sergio Nordio</i>	373
Bioética en la pediatría de base. <i>Salvino Leone</i>	391
Problemas bioéticos, deontológicos y médico-legales de la medicina perinatal. <i>V. L. Pascali, E. Bottone, A. Fiori</i>	409
Los antiandrogénicos en el tratamiento del comportamiento sexual violento. Reflexiones éticas. <i>Vicenza Mele, Elio Sgreccia</i>	427
Bioética de los principios y bioética de las virtudes: el debate actual en Estados Unidos. <i>Laura Palazzani</i>	445
Ética de las tecnologías instrumentales en medicina. <i>Salvino Leone</i>	473

EDITORIAL

Muchas especialidades en el campo de la Medicina se encargan de abarcar problemas específicos de un sistema o grupo de órganos especializados. En cambio la Pediatría se involucra con las alteraciones de cualquier sistema o función que pueda repercutir en el sano crecimiento y desarrollo del niño.

Dejando atrás el obvio compromiso del pediatra de velar la salud meramente física del niño, es también su responsabilidad el asegurar que éste logre y cuente con lo necesario para alcanzar una vida adulta plena.

Los pediatras están a la vanguardia del compromiso de la sociedad para que las generaciones futuras evolucionen desde la concepción a la madurez en los máximos niveles de salud y bienestar físico, mental y social.

Entre las decisiones más difíciles que el médico al cuidado del niño se enfrentará, se encuentran las que involucran juicios morales y éticos en las que la comunidad no tiene criterio uniforme. Entre éstos se encuentran los consentimientos informados para procedimientos quirúrgicos y experimentales, las decisiones en torno al trasplante de órganos, el consejo genético, la amniocentesis, el aborto, la determinación del tiempo en el cual los procesos vitales ya no deben restaurarse y el declarar como muerto al paciente.

La Dirección



La mujer de las sanguijuelas,
Quirijn Von Brekelentam, 1660

Perinatología: convivir con los errores

*Sergio Nordio**

Resumen

Los médicos en general y los perinatólogos en particular están todos obligados a ser epistemólogos: es decir, todos tienen el deber de dar significado a lo que hacen. El autor propone algunas reflexiones sobre los "errores" en perinatología, refiriendo también algunos datos de su experiencia personal.

Se consideran cinco tipos de error en perinatología: 1) error epistemológico; 2) error tecnológico; 3) error epidemiológico; 4) error de hiper-autovaloración; 5) error de comprensión de los padres.

En el programa del último Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Perinatal se incluyó una mesa redonda sobre los "errores". Fue un debate ampliamente multidisciplinario y muy estimulante. Fui invitado a intervenir en el primero y se me pidió que presentara un preámbulo epistemológico. Como pediatra... epistemólogo, se me dijo.

Respondí que soy pediatra y que siento mío el adjetivo. Pero me dije a mí mismo, y lo había dicho ya en otra ocasión, que hay epistemólogos de oficio, los auténticos, y hay epistemólogos en el oficio, los obligados. Los que estamos en el oficio de médicos en general y de perinatólogos

(*) Catedrático de Pediatría y Director científico del Instituto para la Infancia de Trieste; miembro del Comité Nacional italiano para la Bioética.

en particular, estamos todos obligados a ser epistemólogos. Es decir, ¡todos tenemos el deber de dar significado a lo que hacemos! Por tanto, rechacé el adjetivo y acepté complacido la invitación. Me parece que ahora puedo exponer mis reflexiones, en sus aspectos generales y referidas a experiencias personales, en “Medicina y Etica”.

Inicié mi intervención en la mesa redonda expresando preocupación por las reacciones que mis reflexiones podrían provocar, preocupación por la posible exclamación: “¡pero si esto es filosofía!”. Es una exclamación frecuente en el mundo médico y yo me pregunto por qué. Ciertamente, hay que ser empíricos y pragmáticos. Pero ¿quién es sólo empírico y pragmático en la práctica de la medicina? ¿Quién al practicarla no hace aunque sea algo de filosofía? No sé cuántos han leído “A philosophical Basis of Medical Praxis” de Pellegrino y Thomasma¹, médicos ambos y profesores, filósofos comprometidos en EUA en el programa sobre los valores humanos y sobre la Etica. No sé cuántos habrán leído este libro, pero sé que leyéndolo nos encontramos en muchas de sus partes. Yo hice una reseña del mismo que titulé “¿Qué pensar en Medicina?”² Todos nos planteamos este interrogante y la respuesta es que son muchos los pensamientos, y de diversa naturaleza.

La Medicina es ciencia, y hacer ciencia significa pensar y actuar sobre los datos demostrados de hecho, construir teorías y formular hipótesis con los datos de hecho, verificar la validez de las teorías y de las hipótesis formuladas con los datos de hecho. Es así, pero no sólo así, especialmente para la ciencia médica. Creer que sea sólo así es un “error epistemológico”, de epistemología médica. Hay exceso de pensamiento cuantitativo. Bateson, científico y epistemólogo al que me gusta citar a menudo, dice que el pensamiento cuantitativo es propio de la ciencia, pero que cuando excede al pensamiento reflexivo es más pensamiento técnico que científico.³ Como técnicos, que con desenvoltura van de experiencia empírica en experiencia empírica; como pragmáticos, que desenvueltamente también hacen pronto uso de cualquier producto del progreso científico, de cualquier nueva técnica. Se puede decir que éste es un razonamiento de neuropsicología, de equilibrio funcional de los hemisferios cerebrales. Es un razonamiento sobre cómo combinar detalles a modo de mosaico, sobre la interpretación lógico—analítica del mundo y sobre el lenguaje digital, por una parte; sobre la abstracción, sobre las percepciones de conjunto, sobre el contexto en el que se vive

y se actúa, y sobre el lenguaje analógico, por la otra. A una cierta edad, cuando se cuenta con colaboradores que dan garantías de tener un sano pensamiento cuantitativo, de un tecnicismo apropiado y de equilibrio de los hemisferios cerebrales, nos podemos permitir abandonarnos a los flujos que vienen del hemisferio derecho, de ser menos digitales y más analógicos en el lenguaje. Tal es mi caso.

Puesto que las mías son reflexiones de un pediatra anciano sin otros adjetivos, comienzo por remitirme al pediatra neonatólogo Silverman, que en un libro de 1980⁴ cuenta la historia de la retinopatía por oxígeno de los prematuros, de la ceguera que afectó a tantos niños antes de que se advirtiera el error de la oxigenoterapia. Los errores son humanos, no se pueden prever; pero es un error básico no esperarlos y tampoco es humano no vivir intensamente su significado, no participar en los sufrimientos que pueden provocar. El rencor de los padres de los ciegos era por la frialdad de los médicos. Error es también no ver la complejidad de los problemas y caer en el reduccionismo. No todos los errores de previsión son nocivos, pueden ser sólo errores de formulación de la hipótesis en la que se basan las decisiones. Pero todos son errores epistemológicos.

No se habla mucho de epistemología en el mundo médico. Tal vez porque no todos tienen claro su significado. Son tantas las epistemologías, cuantas las disciplinas y los oficios. En la Tabla 1 cito frases de Bateson,⁵ que nos han dado a conocer principios esenciales para comprender la comunicación humana; de von Förster,⁶ especialista en los procesos cognoscitivos, y de Morin,⁷ sociólogo, los tres epistemólogos. Estoy convencido de que si se meditara en frases como éstas, nosotros los médicos pronunciaríamos más la palabra epistemología. ¿No expresa quizá pensamientos que vienen continuamente a la mente en Medicina? Estoy convencido que quien lo niega no piensa lo suficiente.

Al tener conciencia de las limitaciones de los conocimientos, que solicitan Silverman y Bateson, y al considerar las cosas para ese pensar sobre, y entre claro y oscuro, recomendado por von Förster y Morin, se hace también epistemología de los errores. De interés para esta epistemología es el concepto de "errorfriendliness" de von Weizsäcker, que traducido en español quiere decir "buena disposición para con los errores".⁸ Se está muy de acuerdo con las reflexiones epistemológicas del neonatólogo Silverman, que resultan claras con tres palabras:

Tabla 1

<p><i>BATESON</i></p> <p>Epistemología es un interrogante sobre “cuánto es posible” conocer y sobre “cuánto de hecho” se conoce.</p> <p><i>von FORSTER</i></p> <p>Epistemología es una palabra formada por “epi” e “histanai”: ponerse sobre; por tanto, pensar sobre</p> <p><i>MORIN</i></p> <p>Pensar juntamente lo cierto y lo incierto, lo lógico y lo contradictorio, ponerse entre lo conocido y lo desconocido, lo claro y lo oscuro, donde racionalidad no es sinónimo de racionalización, sino más bien su opuesto.</p>
--

Tabla 2

Buena disposición respecto de los errores

<ul style="list-style-type: none">- La <i>producción</i> (inevitable) de los errores.- La <i>tolerancia</i> (necesaria y útil) para con los errores.- La <i>idoneidad</i>, como modelos de acción preconstituidos (nuestros protocolos) que se mantienen (son utilizables) en situaciones y condiciones estables.- El reto de lo imprevisible y la creatividad que nace de la cooperación entre producción y tolerancia para el pronto cambio de los modelos de acción. <p style="text-align: right;"><i>von Weizsächer</i></p>
--

producción, tolerancia e idoneidad (Tabla 2). Es inevitable producir errores y, por tanto, hay que tolerarlos, tengan consecuencias nocivas o bien sean simplemente errores de formulación de teorías y de hipótesis. Por idoneidad se entienden esos modelos de acción preconstituidos que se utilizan, se mantienen en situaciones y condiciones estables. Está claro que la idoneidad así concebida no es suficiente, porque no todas las situaciones y las condiciones son estables, porque está siempre el reto de lo imprevisible. En el encuentro con la realidad, con la complejidad, se requiere un compromiso creativo. Que es sostenido por la cooperación "amigable" de la producción y de la tolerancia de los errores. Es como si dijéramos, con palabras muy simples, que puesto que no podemos dejar de cometer errores, tolerémoslos, esperémoslos con serenidad, y apenas nos demos cuenta de ellos, utilicémoslos creativamente para la formulación de nuevos modelos de acción. Estamos acostumbrados a temer los errores más que a esperarlos serenamente. Estando más tranquilos estamos también más atentos y corremos menos riesgos de no darnos cuenta de ellos prontamente. Esta es una simplificación que parece trivial. Pero el concepto es profundo, expresa un modo de ser, una actitud mental que es determinante de los comportamientos. Determina un cambio total en el modo de pensar el proceso de la toma de decisiones para resolver los problemas.

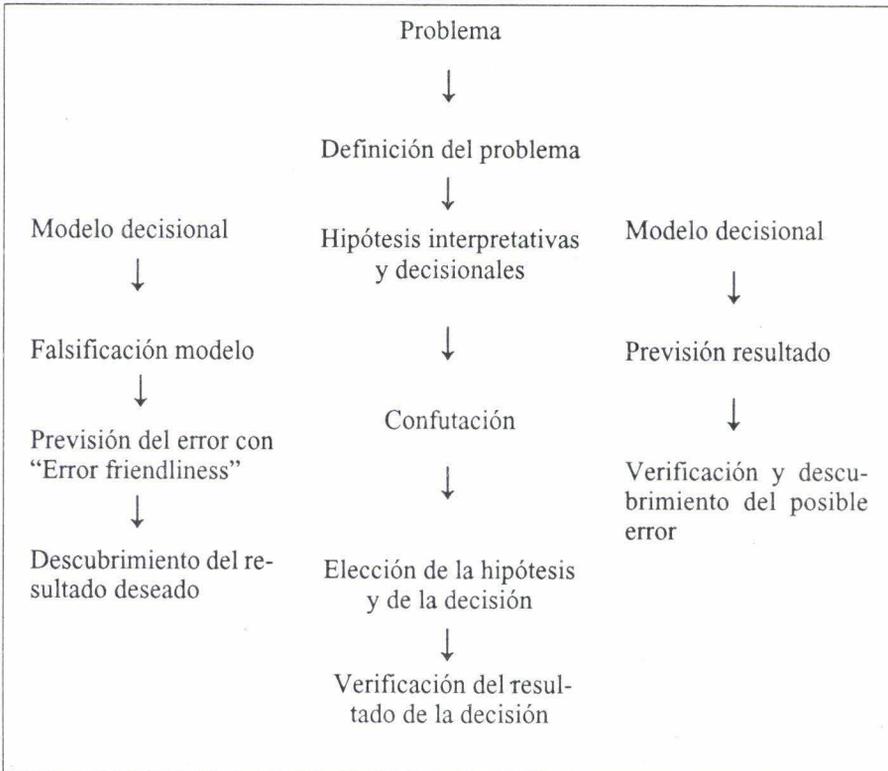
Cuando se decide una acción no se espera sólo el resultado deseado, se espera también, con tolerancia, el error inevitable. Más aún, es bueno pensar más en el error posible que en el resultado deseado, para estar más preparados a darnos cuenta de él y a utilizarlo para mejorar los comportamientos. Si los neonatólogos hubieran pensando así, tal vez la técnica de la oxigenoterapia se habría corregido antes y se hubieran evitado muchas cegueras. Es la idea de Silverman. Me parece que puede llamarse una idea falsificadora. Las decisiones, según esta idea, se toman sobre hipótesis, las hipótesis deben multiplicarse cada vez más, deben ser más de una para poderlas someter a una refutación recíproca, precisamente a falsificación, y sobre la hipótesis que resulta más resistente a la falsificación se decide. Tomada la decisión es científicamente riguroso prever que no ocurra lo que se supone debe ocurrir, o sea excluir y no sólo afirmar el resultado deseado. Prever la no ocurrencia de lo que se quería que ocurriera como consecuencia de una acción, significa predisponerse a tolerar un error, que puede tener

Tabla 3
Confrontación entre dos teorías de la ciencia: la filosofía verificacionista y el enfoque refutacionista propuesto por Popper

Verificacionismo	Refutacionismo
La certeza es posible.	La certeza es imposible.
La ciencia está basada en la prueba.	La ciencia se basa en la refutación.
La observación revela la verdad.	La observación implica la interpretación.
La comprobación de los hechos precede a la formulación de las teorías.	La formulación de las teorías precede a la obtención de los hechos.
Una buena teoría predice muchas cosas.	Una buena teoría excluye muchas cosas.
Una predicción es tanto más informativa cuanto más conforme esté con la experiencia.	Una predicción es tanto más informativa cuanto más aventurada es o más se desvía de las expectativas.
La inducción es la fundamentación lógica de la ciencia.	La deducción es la fundamentación lógica de la ciencia.
La inferencia inductiva es lógica. Una teoría puede ser convalidada independientemente y absolutamente.	La inducción es ilógica. Una teoría puede ser corroborada sólo puesta en relación con otras teorías.
Entre teorías contrapuestas es preferible la que haya sido más verificada.	Entre teorías contrapuestas igualmente refutables se ha de preferir la que haya resistido a más pruebas de diverso tipo.
Las teorías se vuelven tanto más científicas cuanto más hayan sido probadas como verdaderas con observaciones objetivas.	Las teorías se hacen tanto más científicas cuanto más se hayan vuelto refutables, tanto a través de reformulaciones como con el mejoramiento metodológico.

consecuencias negativas o que puede ser simplemente un error de formulación de una hipótesis, sin daño alguno. Es un doble razonamiento, de verificación empírica de la validez de la hipótesis decisional, y de refutación, de falsificar la hipótesis, de previsión de que la hipótesis se demuestre errada. También en epidemiología son útiles los dos razonamientos. En la Tabla 3 se indican las precisiones que sobre ellos hace el epidemiólogo McClure.⁹ Es verdaderamente un cambio total del modo más común de pensar. Y es también un modo de pensar estadístico. De hecho, cuando se calcula el famoso “p de significatividad” para

Tabla 4
Resolver problemas y prever



confrontar fenómenos, se parte de la hipótesis “nul”, o sea que entre los fenómenos confrontados no haya diferencia, y se plantea el interrogante sobre la probabilidad de que la hipótesis sea rechazada. No es una novedad epistemológica, pero parece oportuno insistir en ello, sobre todo para la formulación. En la Tabla 4 he esquematizado el proceso de solución de los problemas y las dos actitudes, la falsificacionista y la verificacionista, en la utilización de los modelos decisionales. Indica un itinerario que en la didáctica tutorial se hace seguir por los estudiantes como ejercicio de raciocinio, y con buenos resultados.

Esta es la premisa, según yo necesaria. Entrando en lo específico de los errores en perinatología, consideraría cinco: el error epistemológico, el error tecnológico, el error epidemiológico, el error de hiperautovalorización y el error de comprensión de los padres.

Errores en perinatología

El *error epistemológico* puede ser identificado, de acuerdo con Silverman, en la escasa capacidad de confrontarse con la complejidad, siempre presente en todo problema si se la sabe ver. Consecuencias de ello son la incertidumbre en las decisiones que puede llevar hasta la parálisis, como la burra de Buridan que vacilaba entre escoger dos alimentos diferentes, y, con más frecuencia, el reduccionismo. Es error epistemológico, en la cotidianidad del actuar, no multiplicar las hipótesis decisionales, no confrontarlas lo suficiente. El pensamiento cuantitativo tiende a prevalecer sobre el pensamiento reflexivo.

El *error tecnológico* está ante todo en confundir tecnología con técnica. Es el error del técnico, con su pensamiento predominantemente cuantitativo. Tecnología es reflexión sobre las técnicas, sobre su apropiación. Con pobreza de reflexión se puede llegar, bien por baja utilización o bien por demasiada utilización—lo cual es lo más frecuente en nuestra situación— de las técnicas que el progreso científico proporciona a ritmo galopante.

El *error epidemiológico* es fácil cometerlo si los datos que se obtienen de las investigaciones no se consideran en el contexto de la multifactoriedad, y en ésta no son refutados. No es ciertamente raro el

reduccionismo en epidemiología, atribuyendo funciones de causalidad a las asociaciones estadísticamente significativas.

El error de hiper-valorización es el que tal vez expresa más la pobreza cultural. Se pone énfasis en los procedimientos médicos al interpretar los resultados de los cuidados, cuánto es necesario, en qué medida dependen de otros factores... Es siempre el raciocinio sobre las capacidades de confrontación con la complejidad, la multifactoriedad.

El error de comprensión de los padres tampoco es raro. Comprensión es una especificación de comprender, significa hacerse cargo de los problemas de las personas. En nuestro caso, hacerse cargo de las incertidumbres, las angustias, los sufrimientos de los padres.

Quisiera hacer sobre estos errores alguna reflexión más refiriéndome también a los datos obtenidos de mi experiencia personal.

La reflexión sobre las técnicas es necesaria también para simplificar lo más posible los tratamientos.¹⁰ En la Tabla 5 se muestra la frecuencia del uso de la cánula nasal, en vez de la intubación traqueal, para la ventilación asistida en nuestro Servicio de Trieste. Por encima de la 27ª semana son más o menos eficaces, representan una técnica apropiada, que no hay que olvidar, que hay que experimentar caso por caso, siempre con la intención de simplificar en lo posible las terapias, reduciendo la invasividad.

En la Tabla 6 se han sintetizado algunos datos de una investigación multicéntrica sobre los cuidados prestados a los recién nacidos de muy bajo peso (VLBW) en Italia. La mortalidad de los que nacieron por cesárea es de cerca de la mitad de los que fueron paridos por vía vaginal. Desagregando las modalidades del parto para la edad gestacional se ve que la cesárea se lleva a cabo en edades gestacionales más avanzadas, a lo cual corresponde obviamente una menor mortalidad neonatal. Nunca será lo bastante desagregar o reagregar, esto es, pensar.

Conocemos la tendencia alentadora de la supervivencia de los recién nacidos, pero no la contribución que las terapias médicas aportan efectivamente a ella.¹¹ En la Figura 1 se observan dos tendencias de mortalidad neonatal referidas a la casuística de nuestro Servicio. Una es teórica: considerada la mortalidad por clases de peso al inicio del periodo de observación, calculamos cuál habría podido ser la mortalidad en los años en relación con las solas variaciones del peso neonatal. La otra es real. Y hay una fuerte diferencia. Está ciertamente determinada por las

Tabla 5
“Apropiabilidad” de las tecnologías: elección de las técnicas simples

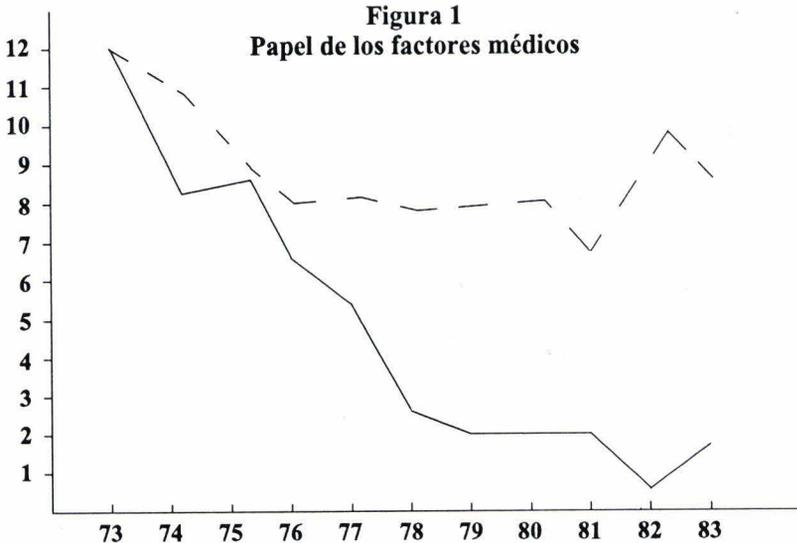
(De DE VONDERWEID U., *Indagine multicentrica italiana sui neonati di peso molto basso. Fattori di rischio in epoca neonatale*, en curso de publicación en “Neonatólogica” 1991)

Edad gestacional (semanas)	24-26	27-29	30-32	33-36
% Recién nacidos con respiración asistida	100	100	66.3	13.2
% Asistencia con cánula nasal	0	32.1	52.4	73
% Con cánula nasal y subsiguiente intubación	28.6	10.7	15.9	9.5
% Con intubación desde el inicio	71.4	57.2	31.7	17.5
% Mortalidad	23.8	25	12.7	4.8

Tabla 6
Los engaños en la recopilación de los casos: cesáreas y clases de edad gestacional

(De DE VONDERWEID y otros, *op. cit.*)

Edad gestacional	Parto vaginal espontáneo	Parto operativo	Parto por cesárea efectivo	Parto por cesárea emergencia	
25	94.0	0	0	6.0	100%
26-28	63.9	3.3	15.0	17.8	100%
29-30	40.0	1.5	34.1	24.4	100%
31-33	32.4	2.9	34.1	30.6	100%
34-36	25.8	0	40.3	35.9	100%
37	12.5	0	62.5	25.0	100%



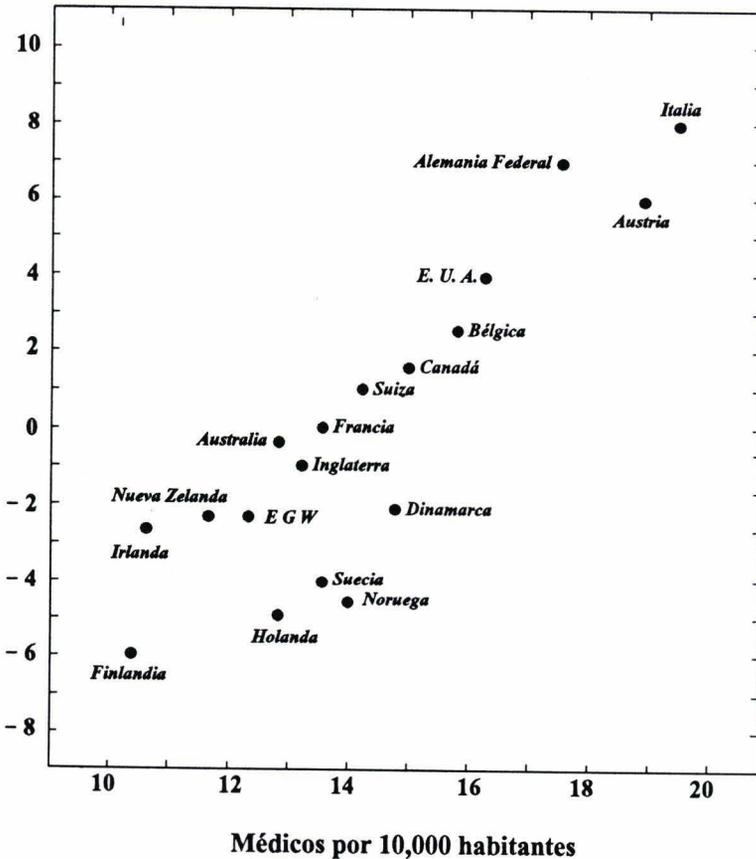
Mortalidad neonatal "esperada" sobre la base de las solas variaciones del peso neonatal (B) y mortalidad neonatal realmente observada (A).

Tabla 7
Evaluación de la relación entre calidad de las terapias intensivas neonatales y resultados

<i>Instrumento:</i>	Protocolo de "buena calidad" de los procedimientos con criterios explícitos predefinidos
<i>Método:</i>	Estudio de caso-control de recién nacidos tratados con T.I.
	<i>Casos:</i> Resultado desfavorable (muerte, discapacidad)
	<i>Controles:</i> Resultado favorable (vivos, sanos)
<i>Resultados (preliminares):</i>	No diferencia de puntuación de la "calidad" del tratamiento entre casos y controles
Un procedimiento "errado" no comporta necesariamente un resultado desfavorable	

Figura 2
El papel de los factores médicos

Mortalidad infantil
"residual" (ver texto)

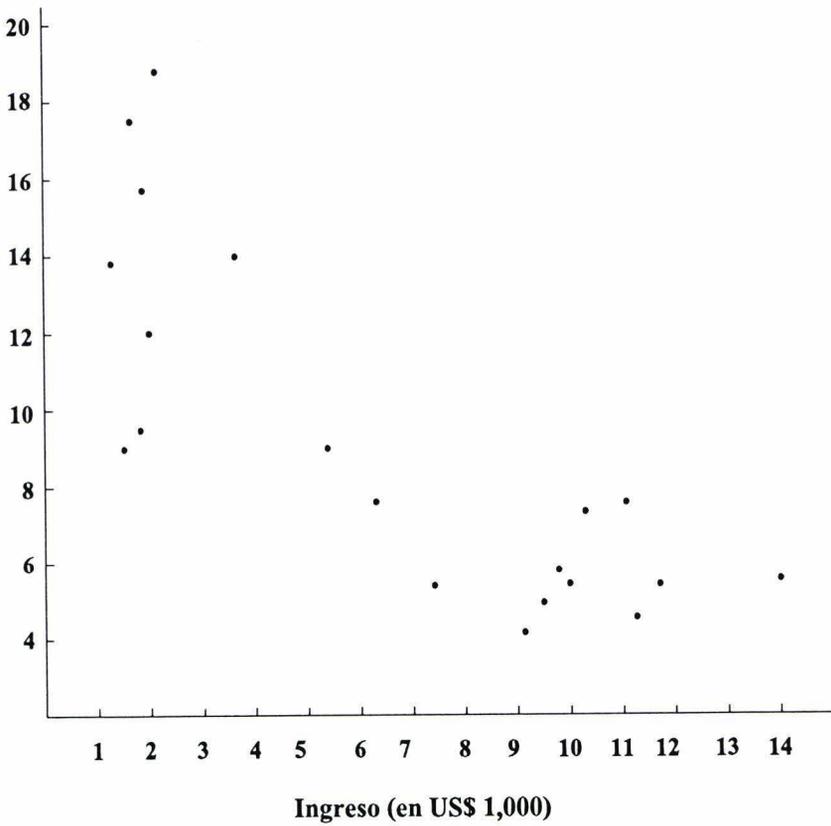


terapias médicas, pero pudimos observar que éstas tuvieron un peso no superior al 60 por ciento de todos los factores posibles, obviamente también los no médicos.

En la Tabla 7 se esquematiza un sistema de *audit* neonatológico experimentado por nosotros. Se utiliza un protocolo para el buen

Figura 3
El papel de los factores médicos

**Tasa de mortalidad
neonatal por 1,000
nacidos vivos**



tratamiento de los recién nacidos en terapia intensiva. Refiriéndose a criterios explícitos se da una puntuación entre casos y controles. Los resultados dependen, pues, "relativamente" de la corrección de los procedimientos programados, y un procedimiento "errado" en relación con el protocolo preconstituido no comporta necesariamente un resultado desfavorable. Con todas las obvias reservas de interpretación, y con una finalidad meramente de provocación, merece detenerse en las Figuras 2 y 3. La primera está tomada del libro de Silverman. Habría en ella una correlación positiva entre el número de médicos y la mortalidad infantil "residual" en los países desarrollados. Residual, en cuanto que es la que queda después de haber operado una estandarización por la variable producto nacional bruto per cápita.

La segunda figura se refiere a la correlación entre mortalidad neonatal y producto interno bruto per cápita en 20 países que resulta de una encuesta de la Organización Mundial de la Salud en la que también nosotros colaboramos. La Tabla 8 indica algunos datos de la encuesta de la Comunidad Económica Europea, en la que estamos participando, sobre el funcionamiento de los Servicios de patología neonatal. Médicos y enfermeras afirman que a los padres de los pequeños hospitalizados se les debe dar información completa y que los padres deben ser interpelados en relación con todas las decisiones importantes. La realidad de la información y del involucramiento de los padres es diferente, sobre todo en la percepción de las enfermeras.

Terminaría mis reflexiones llamando la atención sobre la última tabla, relativa a la interacción entre el equipo sanitario y los padres, para decir que existe también una epistemología de la buena voluntad, de la buena voluntad de formular buenos propósitos y de saber verdaderamente ponerlos por obra. Bateson, sabiendo que iba a morir, dijo a su hija que lo que más lamentaba era no haber tenido tiempo de dirigir sus esfuerzos epistemológicos hacia tres temas fundamentales, que sirven de trasfondo a todos los demás de la existencia humana: los de lo sagrado, de la conciencia y de la estética. Para quien, como yo, se enfrenta con las maravillas en verdad inescrutables del nacimiento y de los niños, es hermoso pensar en el misterio y en el límite de los conocimientos humanos, incluso con un sentido estético. Facilita la elección de un estilo, digamos que es el pascaliano "esprit de finesse", del que la medicina tiene una cierta necesidad.

Tabla 8
Investigación europea de la C. E. E.
“Implicaciones para los Servicios de asistencia neonatal
de la implicación de los padres en los cuidados de los recién nacidos
con muy bajo peso” (datos italianos)

METODOLOGÍA

Cuestionario autosuministrado para el personal médico y de enfermería de los Centros de Terapia Intensiva Neonatal

OBSERVACIONES

— *“La percepción del dar información”*

Para el 86% de los médicos y para el 85% de las enfermeras, los padres deberían recibir informaciones sobre todo.

Para el 85% de los médicos y para el 58% de las enfermeras, las informaciones dadas son realmente completas.

— *“La percepción de la implicación de los padres en decisiones importantes para el recién nacido”*

Para el 85% de los médicos y para el 72% de las enfermeras, los padres deben estar involucrados.

Para el 85% de los médicos y para el 26% de las enfermeras, los padres tienen la posibilidad real de intervenir en las decisiones.

Referencias bibliográficas

¹ PELEGRINO D. E., THOMASMA D. C., *A Philosophical Basis of Medical Praxis*, Nueva York: Univer. Press, 1981.

² NORDIO S., *Quali pensieri in medicina?* Crescita 1985, 7: 59.

³ Cfr. BATESON G., *Dove gli angeli esitano*, Ed. Adelphi, 1989.

⁴ Cfr. SILVERMAN W. A., *Retrolental Fibroplasia. A Modern Parable*, Ed. Grune-Stratton, 1980. Cito algunas frases de este autor que tienen un profundo significado epistemológico: “La profesión no debe ser culpada por no poder preveer los efectos patológicos desconocidos del oxígeno suplementario sobre los vasos inmaduros de la retina. Pero debe ser criticada, creo yo, por su falla de esperar lo inesperado al enfrentarnos a las limitaciones del conocimiento”.

“... Los padres recuerdan (con rencor), que una vez hecho el diagnóstico de Fibroplasia retro lenticular existió un enfriamiento en las relaciones. En el momento en el que necesitaron apoyo y consejo, sus médicos se volvieron distantes y a la defensiva...”.

“Intentos modernos para adquirir una comprensión mecánica de los principales problemas médicos (en términos de fisiología y bioquímica), se han logrado tomando la única ruta posible:

el camino del reduccionismo...el abordaje autónomo hacia problemas complejos...el abordaje disecante hacia la resolución de problemas”.

⁵ BATESON, *Dove gli angeli esitano*, op. cit.

⁶ FÖRSTER VON K., *Cibernetica ed epistemologia: storia e prospettive* en Bocchi C., Ceruti M., *La sfida della complessità*, Bolonia: Feltrinelli, 1985.

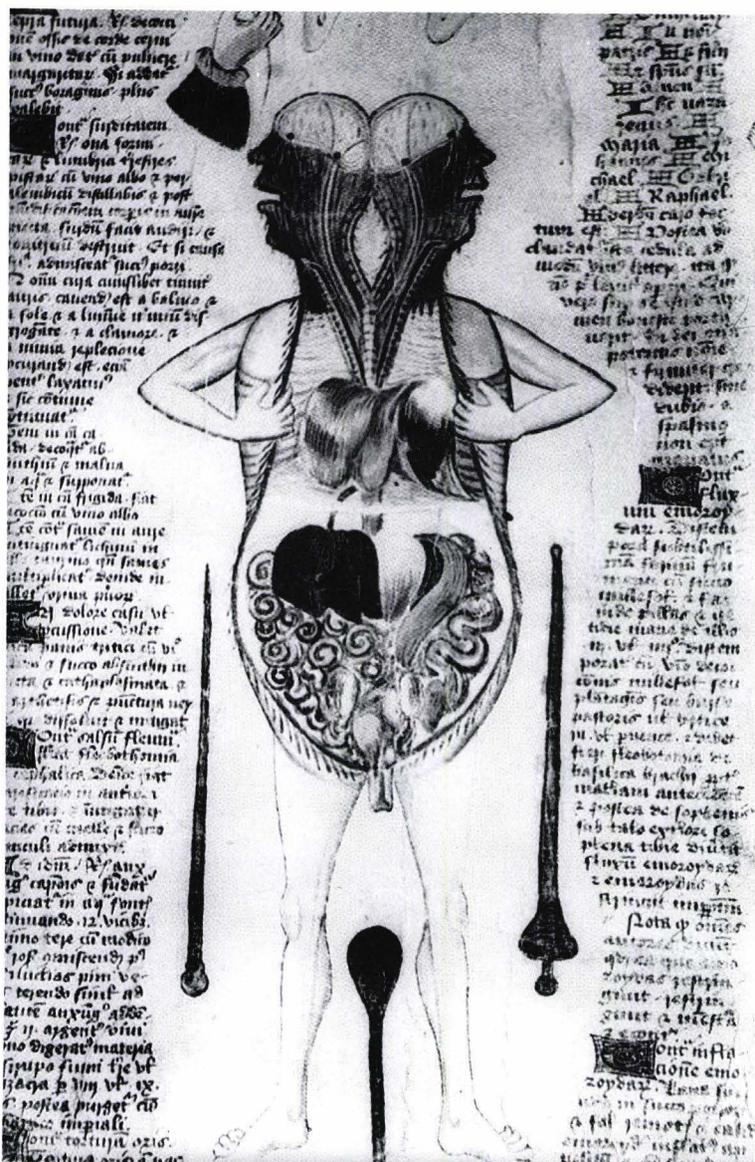
⁷ MORIN E., *Scienza con coscienza*, Milán: Franco Angeli, 1984.

⁸ WEIZSÄCKER VON E. y otros, *Come vivere con gli errori? Il valore evolutivo degli errori*, en Ceruti M., Laszlo E., *Physis: abitare la terra*, Bolonia; Feltrinelli, 1988.

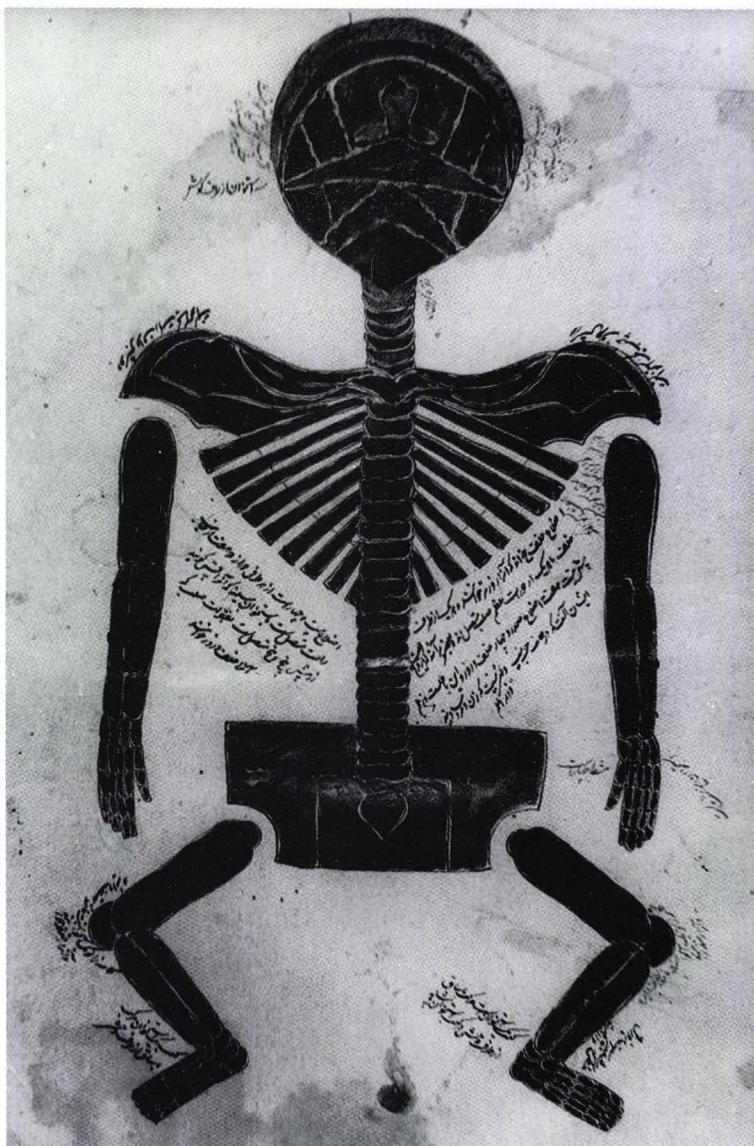
⁹ McLURE M., *Popperian Refutation in Epidemiology*, *Arm. J. Epidem.* 1985, 121: 343.

¹⁰ A este respecto, considero útil citar algunas frases del libro de KLAUS M., FANANROFF A., *Care of the High-Risk Neonates*, Ed. Saunders, 1986: «El arte de mantener infantes con una presión continua que distienda las vías aéreas suplementado con presión positiva intermitente, se ha perdido. Sin embargo los nuevos y mejorados ventiladores diseñados para neonatos, han disminuido la preocupación para los que permanecen grandes períodos de tiempo, evitándose la intubación endotraqueal o la ventilación mecánica.»

¹¹ El ya citado Silverman escribe: «...El argumento que explica que la mayoría de las mejorías en el pronóstico de problemas médicos (particularmente en estados perinatales) en los Estados Unidos, es el resultado de intervenciones técnicas específicas que se sobreponen a la casualidad».



El arte de la medicina y cirugía, John Arderne, 1412



Sistema esquelético de 5 figuras anatómicas, fines del siglo xiv

Bioética en la pediatría general

Salvino Leone*

Resumen

La reflexión bioética, en el ámbito de la pediatría, ha dado más importancia generalmente a los problemas relativos a su ejercicio en el hospital. Pero la pediatría general, que constituye hoy la expresión más amplia de la actividad pediátrica, presenta ella también numerosos aspectos merecedores de una atenta evaluación ética. Partiendo de estas premisas, el autor pasa reseña a los problemas más significativos en este sentido: el consentimiento y el desacuerdo en la terapia, por parte de los padres; la anticoncepción en la adolescente; la experimentación en pediatría; las vacunaciones no obligatorias; el tratamiento de los niños portadores de discapacidades; decir la verdad al niño, o la relación costos-beneficios en pediatría.

Tales problemas son abordados en una óptica personalista en la que el bien del niño se vuelve la clave de interpretación de toda la reflexión ética.

La reflexión bioética contemporánea se ha interesado por la pediatría principalmente en una doble dirección: la relativa a los problemas del niño hospitalizado y la inherente a algunos aspectos de la neonatología (tratamiento de malformaciones congénitas, eutanasia neonatal, etc.).

*Profesor de Bioética. Miembro del Comité de Bioética de la Región de Sicilia.

Pero poca o ninguna atención se ha dedicado a las implicaciones de naturaleza bioética concerniente a actividades que el pediatra tiene que desempeñar cotidianamente en el ámbito de su ejercicio profesional.

Y sin embargo, hoy más que nunca se siente una profunda “necesidad de bioética” también en el campo de la pediatría general.¹ Los interrogantes que al pediatra se le plantean diariamente son múltiples y la ausencia de una competencia específica (para la cual, como en cualquier otro ámbito de la medicina, no prepara la Universidad) amenaza con “desplazarlo” ante problemas que interpelan a su profesionalismo no menos que los puramente diagnóstico-terapéuticos.

En un intento por poder dar una respuesta, aunque sea parcial, a tales interrogantes, proponemos ahora varias reflexiones elaboradas después de una investigación informal entre algunos pediatras de base sobre la problemática de carácter ético con la que más frecuentemente tienen que enfrentarse.

Se trata obviamente de una simple panorámica de problemas, cada uno de los cuales merecería una más profunda y articulada reflexión. Pero el significado de este estudio quiere ser precisamente el de abordar con una visión sintética la variedad de problemas bioéticos que se presentan a diario al pediatra de base evidenciando, al propio tiempo, cómo éstos no son menos relevantes que aquéllos con los que se enfrenta el pediatra de hospital.

Consentimiento o desacuerdo con el acto terapéutico

El primer problema bioético que se ofrece cotidianamente a la atención del pediatra se refiere a ese aspecto fundamental del principio de autonomía que es el *consentimiento*. El consentimiento, en el cual se basa la legitimidad de toda intervención médica, deberá ser, para que sea válido:

- legítimo (esto es, relativo a bienes de los que el sujeto pueda legítimamente disponer);
- benéfico (es decir, orientado hacia un positivo fin terapéutico);
- libre (esto es, no condicionado por ninguna necesidad u obligación);
- informado (es decir, plenamente consciente de todo lo que ese acto médico o su omisión comportan).

Por lo que se refiere al niño, las preguntas que hay que hacerse son esencialmente tres: ¿puede un niño (por lo menos de edad escolar para arriba) consentir válidamente? ¿A título de qué los padres consienten en su lugar? ¿Qué respeto merece el desacuerdo de los padres frente a actos terapéuticos determinantes para la vida o la salud del niño?

El punto de partida de esta reflexión (que abordamos bajo el perfil “ético” y no médico-legal²) es que, constitutivamente, *el titular del derecho de decidir es la persona enferma y nadie más*. En nuestro caso, por tanto, el niño.³

Esto significa, ante todo, que con las limitaciones y en la medida en que un niño es capaz de tomar una decisión hay que darle su valor y respetarla.

En igualdad de eficacia terapéutica, si el niño prefiere el jarabe al supositorio habrá que dárselo aunque la madre encuentre más cómodo lo contrario; si el niño prefiere tener una pequeña, irrelevante enfermedad ante una madre hiperactiva que lo quiere siempre “puesto a punto”, hay que respetar la voluntad del niño; así también hay que consentir —en los límites de una comprobada inocuidad tanto física como psíquica— los regímenes dietéticos a los cuales se someten hoy tantos muchachitos deseosos de hacer deporte o de estudiar baile.

La segunda consideración (y por tanto la respuesta a la segunda pregunta) se refiere al significado del consentimiento de los padres. Este encuentra su justificación en la institución de la *tutela*, institución ética antes que jurídica, por la cual aun que siga siendo la persona (esto es, el niño) titular de la responsabilidad de decidir, ésta es transferida a otros por incapacidad para ejercerla.⁵

En la práctica hay que hacer tres consideraciones fundamentales:

— desde un punto de vista general, el pediatra no podrá nunca actuar respetando un desacuerdo inválido y “cediendo” así a los requerimientos en tal sentido de los padres;

— pero al mismo tiempo, el pediatra no es éticamente responsable de lo que el padre haga sin saberlo él, aun cuando una vez conocido, deberá evitar cualquier decisión negativa (como el abandono terapéutico) que sólo ulteriormente se revelaría perjudicial para el niño;

— frente a la urgencia o a cualquier otro estado de necesidad directamente dependiente de su inmediata intervención, el pediatra deberá actuar absolutamente según su recta conciencia y en el interés

exclusivo de la salud y la vida del niño, aunque sea en abierta violación del desacuerdo de los padres.

La anticoncepción en la adolescente

Se trata de un problema que surge tanto en sentido absoluto como en relación con la implicación del pediatra que, según las recientes reformas, habrá de ampliar al ámbito de la adolescencia sus competencias. Pero incluso por encima de este aspecto puramente jurídico, el pediatra sigue siendo para el ex-niño la primera referencia médica "confiable". Por lo cual incluso si la adolescente acude al consultorio o a un ginecólogo, la fase de asesoría se lleva a cabo a menudo (y probablemente se llevará a cabo cada vez más en el futuro) con su propio pediatra. Las implicaciones éticas de tal implicación son esencialmente tres: el ámbito de los valores que la elección anticonceptiva comporta; el respeto y la confidencialidad de semejante elección.

Una creciente "medicalización" de la opción anticonceptiva tiende a relegarla cada vez más al campo de los problemas de orden clínico: riesgos y contraindicaciones a corto y a largo plazo, mayor o menor eficacia de un determinado método, etc. Valga por todos el paradigma de los Consultorios de Salud surgidos como un instrumento al servicio de la pareja y de la familia, y convertidos de hecho en ambulatorios ginecológicos.

Pero la regulación de la propia fertilidad no es una elección comparable a otras de orden puramente médico. Tiene, en efecto, implicaciones de orden religioso, ético, antropológico y afectivo que no pueden dejarse a un lado. Por tanto, habrá de ser tarea del pediatra (antes aún que del ginecólogo) la de evidenciar la complejidad y el significado de tal opción y, antes aún, del subyacente compromiso de la sexualidad prematrimonial, que es el verdadero problema. La sexualidad como bien de consumo es una de las ofertas de mercado que hoy se suministran con mayor frecuencia a los adolescentes. Un pediatra maduro, sereno, equilibrado, puede inducir válidamente a la chica o al chico que a él se dirigen a hacer luz dentro de sí dando su valor a la dimensión de entrega y de diálogo del periodo prematrimonial.

Premisa fundamental para que todo esto ocurra y prosiga en el tiempo esa relación confiada es, sin embargo, el absoluto respeto, por parte del pediatra, de las opciones tomadas por quien a él se dirige. Respeto que ciertamente no debe significar uniformidad de puntos de vista o asepsia impasible sino que, poniendo de relieve los valores o antivalores que están en juego en cada una de las opciones, deja que siga siendo responsable la conciencia de la adolescente, a la cual por ningún motivo puede sustituir. Y para que se dé ese verdadero respeto —que es la “actitud ética fundamental de la Medicina”⁶— debe ser y seguir siendo así ante las opciones que pueden contrastar con la conciencia del pediatra. Ese respeto, sin embargo, deberá ser recíproco y no comportará jamás obligación o constricción alguna para el pediatra a tomar una decisión o poner en acto comportamientos (como podría ser la prescripción farmacéutica) que contradigan a su conciencia.

El último, delicado problema es el relativo a la confidencialidad que la opción anticonceptiva implica en la edad adolescente.⁷ El pediatra se encuentra ante una singular fuente de conflictos: por una parte, tiene el vínculo moral del secreto; por otra, la entrega confiada por parte de los padres, en virtud de la cual el médico se hace cargo del cuidado de la adolescente. En esencia, ¿cómo se puede establecer una de las dos relaciones de confianza sin traicionar a la otra?

En atención al principio antes expuesto, si la responsabilidad de decisión pertenece originalmente al menor, la relación confiada establecida por éste con el médico debe considerarse constitutivamente originaria (aun cuando “entregada” por parte de los padres). No se trata de una amigable complicidad con el adolescente, sino sólo del respeto elemental de ese secreto que custodia y protege toda expresión del acto médico para todo aquél que sea su destinatario.

La experimentación clínica en el niño

Aun cuando la mayoría de las investigaciones experimentales son llevadas a cabo en un contexto hospitalario, ya desde hace muchos años se acostumbra efectuar estudios multicéntricos, incluso mediante los pediatras de base, dada la amplitud, la variabilidad y la consiguiente

significatividad epidemiológica de los usuarios que frecuentan sus consultorios. Esta observación, que constituye un poco lo racional de la experimentación en la pediatría general, define también el punto de partida de la reflexión ética sobre la materia. En sustancia, ¿es lícito (y en caso afirmativo, en qué condiciones) experimentar en el niño, en general fuera de un contexto hospitalario?

Habría que empezar ante todo por dilucidar la cuestión: “experimentación en pediatría hospitalaria *versus* experimentación en pediatría general”, diciendo que cuando esta última presenta características que no se pueden sobreponer a la hospitalaria, ello debe considerarse como elemento significativo en orden a la reflexión ética.

El elemento fundamental, de todos modos, sigue siendo el de las *finalidades* que tal experimentación se propone. Yo excluiría, en líneas generales, toda experimentación que fuera un fin en sí misma o cuando menos que tuviera una finalidad de pura investigación experimental, de utilidad humanitaria sólo indirecta o hipotética. Si, en determinadas y rigurosas condiciones, ésta puede ser aceptable en el adulto, la ausencia de un consentimiento absoluto y plenamente autónomo hace que sea imposible de llevar a cabo en el niño.

En cuanto a la experimentación farmacológica (por lo demás, la más frecuente en la actualidad), resulta determinante la llamada “hipótesis cero” prevista por todo estudio controlado y que legitima su ejecución sólo si el fármaco sometido a experimentación (una vez demostrada previamente su inocuidad en el animal) es más eficaz, o por lo menos tan eficaz como un fármaco ya conocido y que además presenta en este caso ciertas ventajas respecto del fármaco ya en uso (menor costo, menores efectos colaterales, etc.) Efectivamente, ante esta hipótesis el no llevar a cabo el experimento equivaldría a privar al niño de un medicamento potencialmente mejor que los demás.

Si éstas son las condiciones objetivas que legitiman la experimentación, hay que integrarlas también con las finalidades subjetivas. ¿Por qué debería el pediatra llevar a cabo esa experimentación? Y aquí hay que tener mucha prudencia y equilibrio: sin refugiarse, por una parte, en espiritualismos angelicales, y por la otra, sin rebajarse a compromisos que podrían envilecerlo. Ante todo, no debería aceptar jamás formas de compensación directamente proporcionales al número de casos revisados o a los resultados de la investigación. En segundo lugar, desde el

momento que de todos modos está previsto un financiamiento por parte de la empresa que patrocina la experimentación, se daría más importancia, en sintonía con las finalidades médicas de la investigación, a formas de intervención de carácter predominantemente científico.

El último punto se refiere al delicado problema del consentimiento. Sin querer repetir cuanto dijimos al principio sobre la legitimación del consentimiento por parte del adulto respecto del menor, quisiera subrayar aquí una cierta diversidad de situaciones. Efectivamente, mientras en el primer caso el consentimiento se da para un acto terapéutico *necesario* para la protección de la vida o de la salud del niño, aquí estamos ante un acto absolutamente opcional.

De hecho la libertad del consentimiento deberá ser, en este caso, absoluta, motivada únicamente por la posibilidad de que el medicamento pueda ser más eficaz y/o menos perjudicial que otro. Un cierto peso podría tener en este sentido la “utilidad social” de semejante experimentación, que podría de alguna manera condicionar el consentimiento. En todo caso, hay que hacer comprender lo más adecuadamente posible el significado exacto de la “experimentalidad”, que a menudo se pone en relación con “experimentos” llevados a cabo sobre el propio hijo “usado como cobayo”.

Las vacunaciones no obligatorias

Un problema que en estos últimos años ha surgido en el panorama de la pediatría general, pero que podrá volverse a plantear con mayor énfasis en los años venideros (no hay más que pensar en el SIDA, por ejemplo), se refiere a las vacunaciones facultativas, es decir, aquéllas para las cuales no existe una norma de ley que haga obligatoria su ejecución.

El problema se plantea hoy esencialmente respecto de la vacuna antirrubéola y antisarampión. Es ésta última la que crea el mayor número de problemas. La vacuna para la rubeola, en efecto, es casi inocua y, recibida en la época prepuberal, constituye una valiosísima ayuda médico-preventiva respecto de una posible embriopatía rubeólica futura. Las mayores dificultades siguen presentándose con la vacunación antisarampión.

Los términos de la cuestión son bastante simples: la vacunación antisarampión, al igual que la enfermedad que se propone prevenir, tienen una cierta incidencia de complicaciones neurológicas, notablemente inferiores a las de la enfermedad natural, pero de todos modos siempre posibles.

Y nos preguntamos, pues: ¿por qué exponer a un niño al, aunque sea bajo, riesgo iatrógeno de encefalitis, además sin ninguna “cobertura” de estar cumpliendo con una obligación de ley? La expresión común de este malestar se contiene en la frase recurrente: La enfermedad la manda Dios, la vacuna la hago yo.

Para enfrentar adecuadamente el problema se requiere ante todo diferenciar el plano jurídico del plano ético, aun cuando la tendencia ideal es que estos dos planos se puedan superponer siempre. Existen, no obstante, normas jurídicas que no siempre tienen una aceptación ética universal (valga por todos el caso del aborto) y, viceversa, unos “mínimos” jurídicos que pueden ser superados en orden a un interés superior de la colectividad (por ejemplo, permanecer en el propio puesto de trabajo, en caso de necesidad, fuera del estricto horario de servicio). Precisamente de este último tipo es la situación ética que aquí se presenta. Frente a un bien del individuo en particular y de la colectividad que no encuentra aún una adecuada expresión legislativa (pero, recordémoslo, el derecho no se autogenera, en cuanto que sigue siempre el dato de la experiencia) debe considerarse absolutamente lícito buscar ese bien. Si, por tanto, objetivamente, la ejecución de la vacunación disminuye el riesgo efectivo de que ese niño en el arco de su vida pueda contraer una encefalitis postsarampionosa, ni duda cabe de que hay que vacunarlo aunque falte la “cobertura de ley”. Porque, si aun así ésta luego se diera, ¿de qué protegería? ¿De la tranquilidad ante el hecho de haber cumplido una norma? Pero la norma constituye el *iussum quia iustum*, no el *iustum quia iussum*. Por tanto, el deber ético fundamental del médico consiste en buscar el *iustum* independientemente de que esto sea *iussum*. Lo cual no significa, por otra parte, ni que el médico deba actuar corriendo riesgos para su propia persona de consecuencias de carácter penal ni que deba de alguna manera “obligar” a los padres del niño a vacunar a su propio hijo. Más aún, ningún precepto legislativo (como el actual) ni norma alguna positiva (como la que en seguida se enunciará) protegerán de la amargura y del dolor de una posible complicación postvacunación,

no pretendida ciertamente ni voluntaria, pero que va ínsita potencialmente en la vacunación misma.

El tratamiento de los portadores de discapacidad

Aun cuando este problema pertenece primordialmente a la neonatología, hay que plantearlo sin más entre los que son de la competencia del pediatra de base, por varios motivos: ante todo, porque no siempre las dificultades para tomar una decisión acerca de la terapia en un sujeto portador de discapacidad, se refieren al recién nacido; y en segundo lugar, porque muy a menudo a quien se consulta es al pediatra de confianza (sobre todo si no se refiere al primer hijo de la pareja tratado por él).

El dilema principal que se plantea concierne a dos circunstancias que pueden resumirse en un único problema de fondo:

— la oportunidad de tratar un síndrome malformativo (mielomeningocele, hidrocefalia, etc.) que, si no se interviene, conducirá a la muerte del sujeto; mientras que si se sometiera a corrección quirúrgica, haría de él, en todo caso, un discapacitado;

— la oportunidad de someter a un sujeto portador de discapacidad a una intervención quirúrgica ante patologías concomitantes que, si no se trataran, lo llevarían a la muerte (por ejemplo, una malformación cardiaca en sujetos afectados del síndrome de Down).

La reflexión ética se centra esencialmente en el significado (y el consiguiente peso para tomar una decisión) que hay que dar a la *calidad de vida* y en el concepto exacto de *encarnizamiento terapéutico*, con la limitación que diferencia su rechazo de la llamada “eutanasia pasiva”.

La atención que la Medicina y la Etica contemporánea prestan cada vez más al parámetro “calidad de vida” ha hecho surgir una cierta dicotomía entre dos diversas valoraciones de la vida misma y de su respeto en relación tanto de su “cantidad” cuanto de su “calidad”. La primera posición ha sido llamada también ética de la “sanidad de la vida”⁸ y se concreta esencialmente en el absoluto respeto de la vida, y por tanto en la obligación moral de defenderla incondicionalmente, prescindiendo del “tipo” de existencia que el sujeto vaya a tener. En

cambio, la segunda posición identifica en la “calidad de vida” que el sujeto posee —u obtendrá después de la intervención—, el criterio que discrimina la licitud de la intervención misma. Pero llegados a este punto se vuelve fundamental la referencia a los estándares a adoptar para definir si una cierta calidad de vida será merecedora de intervención o no. Fletcher, por ejemplo, identifica 20 criterios de “humanidad”, entre ellos: la funcionalidad neocortical; un cociente intelectual por lo menos superior a 20; la capacidad de comunicar, etc.⁹ Mc Cormick, en cambio, individualiza en la “potencialidad relacional” el elemento discriminante.¹⁰ En todo caso, se fijan unos criterios no digo arbitrarios pero sí ciertamente convencionales, con base en los cuales se considera que una vida merece la pena de un tratamiento médico y otra no.

Al margen de estas y otras “homologaciones” de referencia, hoy tenemos que superar radicalmente el enfoque que contrapone cantidad a calidad de vida, sin exaltar una en exclusiva ni quitar importancia a la otra. Las dos magnitudes deben integrarse y contribuir ambas a la solución del problema ético.

Con esta finalidad, la primera consideración que hay que hacer se refiere a la dimensión constitutiva de la persona en el ámbito de la identidad humana. Dicho en otros términos, la persona humana no es tal por lo que “tiene” (inteligencia, capacidad comunicativa, habilidad motora, etc.), sino por lo que “es”. Los atributos intelectuales, relacionales, autocomprensivos no son sino “expresiones” del ser al que de por sí no definen ni le confieren estatuto de humanidad.

Tal comprobación fue ya una lúcida intuición del tomismo, que identificaba en la persona “a todo individuo dotado de *naturaleza racional*”,¹¹ y por tanto no necesariamente al sujeto dotado de una válida racionalidad plenamente expresada, sino al dotado de naturaleza racional, entendiendo por naturaleza el conjunto de características que identifica lo específico de una categoría de seres distinguiéndola de las demás.

Por consiguiente, toda reflexión ética sobre la “calidad” de la vida no puede prescindir de una voluntad de respeto por la vida misma (por su “cantidad”), independientemente de las variables biológicas en las cuales ésta se expresa. Esto no significa que con tal de salvar la “cantidad” se pueda menoscabar la “calidad”. Es decir, hay que ver (y proteger) las dos magnitudes por ser estrechamente interdependientes: respeto por la vida y promoción de todo lo que pueda mejorar su calidad,

absteniéndose de todas aquellas intervenciones que sirven sólo para prolongar su precariedad.

Los términos del problema, pues, se enfocan (más correctamente que sobre el parámetro “calidad” de vida) sobre un concepto exacto de abstención que sea rechazo: por un lado, de todo posible “encarnizamiento terapéutico”; por el otro, de toda “eutanasia pasiva”, aunque sea larvada. Creo que la categoría ética más adecuada para llegar a esa equidistancia es la de la obligación moral de recurrir únicamente a los medios ordinarios (o *proporcionados*, como dicen otros). En el respeto absoluto de la vida y de su calidad, el hombre está moralmente obligado sólo a la utilización de los medios ordinarios y no a los extraordinarios que, a veces, podrían incluso revelarse como perjudiciales.¹²

¿Cuáles son, pues, los requisitos que hacen que no sea *proporcionada* una intervención médica y, como tal, que moralmente no sea *vinculante*?¹³ Los enumeramos brevemente en su versión original, cargada de una riqueza semántica no siempre conservada en las lenguas modernas:

a) *Quaedam impossibilitas*. La imposibilidad de la que aquí se habla es la imposibilidad “moral”, esto es, la dificultad grave, por motivos de orden no meramente material, de poner por obra esa medida determinada.

b) *Summus labor, media nimis dura*. El “máximo esfuerzo” o los “medios excesivamente fatigosos” pueden ser de diversa naturaleza: desde un “viaje de la esperanza” particularmente comprometido hasta el auténtico heroísmo que requeriría una intervención determinada.

c) *Ingens dolor, quidam cruciatus*. El “notable dolor” o el “auténtico tormento” a los que se referían principalmente los antiguos moralistas eran indudablemente de naturaleza física. Hoy (por las conquistas de la anestesiología, por un lado, y por otro, por una distinta sensibilidad contemporánea) debería ser entendido también, y tal vez principalmente, en sentido psíquico.

d) *Sumptus extraordinarius, media pretiosa*. Los “gastos extraordinarios” y los “medios costosos” se deben entender obviamente en relación tanto con las disponibilidades del sujeto como en orden a la posibilidad de su propio desarrollo razonable.

e) *Media exquisita*. La “exquisitez” o sofisticación del medio puede ser absoluta (cuando se trata de una terapia experimental o un hallazgo raro) o relativa (si se refiere a una situación real determinada, como por ejemplo la de un hospital del Tercer Mundo).

f) *Vehemens horror*. El “vehemente horror” puede ser fruto de un miedo invencible o de una auténtica repugnancia que podría referirse no sólo a la intervención en sí sino a sus resultados a distancia.

Antes de concluir, quisiera hacer dos observaciones. La primera concierne al equilibrio objetivo de una visión ética serena que no pretende “encarnizarse” en prolongar la vida a toda costa, pero que al mismo tiempo no evalúa esa vida en relación a parámetros de eficiencia o valor social. La segunda se refiere a la necesidad de una sólida formación de la conciencia del médico y de los padres, dado que sólo a ella (y no a estándares objetivos) compete la decisión sobre la eventual característica de “cosa extraordinaria” de una intervención determinada.

Decir la verdad al niño

Uno de los temas más debatidos por la ética médica es el que se refiere a la obligación de decir la verdad al enfermo. En nuestro caso, este delicado problema adopta una doble connotación: la verdad que hay que decir al niño, y la verdad que hay que decir a sus padres. Se trata, es cierto, sólo de una variante del problema general pero que, una vez más, dadas las particularidades existenciales del pequeño paciente, presenta algunas peculiaridades.

Desafortunadamente, una suerte de “práctica” que forma parte ya de la costumbre médica, tiende a esconder sistemáticamente la verdad al enfermo. Se elaboran así complejas conjuras de silencio en las que los familiares involucran a médicos, amigos y otros familiares, y todo porque el enfermo “no debe saber”, “podría impresionarse” o “hacer una tontería”. En realidad, se trata de una de las más serias verdades, que le concierne y que se le esconde sistemáticamente, escamotéandole uno de sus derechos más fundamentales.

¿Hay que decir o no la verdad al enfermo? Si quisiéramos dar una especie de norma general, casi un principio inspirador de comportamiento, podríamos afirmar que *siempre se debe decir la verdad al enfermo, en el respeto de sus capacidades de acogida*. Esto significa que el bien último no es la verdad sino la persona del enfermo, quien es titular de tal derecho a conocer la verdad sobre su propio estado de salud. Tocaré al médico saberla graduar, proporcionar, incluso ocultar si el caso lo

requiere; pero nunca como ocultamiento metódico, sino sólo en orden a un bien superior.

¿Por qué el niño tendría que ser una excepción a esta regla general? También él es titular de un derecho del que no lo pueden privar ni siquiera sus padres, menos aún el médico. Pero ciertamente esa verdad habrá que hacerla proporcional a sus capacidades de acogida, que son no sólo — o no tanto — cuantitativamente cuanto más bien cualitativamente diversas de las del adulto. En la medida en que el pequeño paciente pueda entender, habrá que hacerlo entender.

Después, por lo que se refiere a los padres, el decir esa verdad (también en este caso, respetando las capacidades de acogida) asume un doble significado: por un lado, el de ponerlos al corriente de una realidad de la cual, en cuanto tutores naturales del niño, deben estar absolutamente informados, y por el otro, el de permitirles tomar eventualmente las medidas más adecuadas.

La relación costos-beneficios

Gran parte de los problemas relativos al “principio de justicia” se refieren a la relación entre los costos (o, según algunos, entre los “daños”¹⁴) y los beneficios. Por lo que toca específicamente al ámbito de la pediatría general, tres son los sectores en los cuales tales problemas son más evidentes: la prescripción terapéutica; el requerimiento de verificaciones instrumentales y de laboratorio, y la hospitalización.

Desde un punto de vista general hay que incluir entre los costos: la posibilidad de error vinculada al método; las complicaciones físicas; el malestar físico y/o psíquico, y los costos económicos. Entre los beneficios: la resolución terapéutica o el mejoramiento de la calidad de la vida; la aclaración diagnóstica y la alternativa respecto de otros métodos de mayor compromiso.

Indudablemente esos elementos que caracterizan a la relación entre costos y beneficios conciernen a toda actividad médica; pero en el ámbito pediátrico, por la situación particular existencial del pequeño paciente, pueden ser más acentuados. Esto justifica que los tratemos específicamente.

a) *Prescripción terapéutica*. Aun cuando, en líneas generales, los pediatras se cuentan entre los que con más parsimonia prescriben medicamentos, siempre se está tentado de una excesiva administración terapéutica. Probablemente en el ámbito pediátrico la que mayor problema representa es la madre más o menos ansiosa, más o menos seudoinformada, más o menos protectora. Es humano condescender por agotamiento (sobre todo después de una larga jornada de consultas): ciertamente abundan más las prescripciones de vitaminas cuando cae ya la tarde; y así también las medicinas para el resfriado, los compuestos granulares para después de las comidas, los estimulantes del apetito, etc. Las más de las veces, cuando se evalúa todo esto críticamente se hace en términos de costos para el Sistema Nacional de Salud o de educación sanitaria. Casi nunca se ponen de relieve las implicaciones éticas inherentes a la relación del pediatra con el niño. Efectivamente, el medicamento—todo medicamento— tiene un costo para el pequeño paciente en términos de mal sabor, de horario de administración, de instauración precoz de mecanismos de dependencia psíquica, a veces incluso de dolor (cuando se trata de inyecciones). Todo esto no puede ser ofrendado en aras del deseo o de las frustraciones de los padres.

b) *Análisis de laboratorio y exámenes instrumentales*. También en este caso valen las consideraciones que hacía antes, con una variante sin embargo: si, efectivamente, es verdad que el pediatra no debe ceder a la tentación de solicitar baterías de exámenes para niños pálidos o rutinas radiográficas para simples dolores de estómago escolares, sobre ese justo rigor amenaza el peligro de minusvalorar una patología seria. Entonces se requiere (cosa nada fácil) una gran elasticidad que si, por un lado, evalúa cuidadosamente el riesgo de una radiografía abdominal en una niña o la molestia de una toma de sangre, por el otro no vacila en correrlo cuando no se está del todo tranquilo ante un diagnóstico dudoso. En este campo, además, hay que prestar particular atención a los problemas inherentes a la sensibilidad del método, demasiado a menudo dejados a un lado, relegando todo a la competencia del laboratorista o del radiólogo. Por otra parte, hoy se conocen perfectamente los porcentajes de falsa y verdadera positividad o negatividad: sólo hay que verificarlo en la práctica, si es el caso, y paradójicamente, viendo también con suspicacia la confiabilidad de esas estructuras permanentemente “infalibles”.

c) *Hospitalización*. No es el caso de detenernos demasiado en este último punto, porque debemos admitir que, gracias a la eficiencia de la pediatría general, en muchos países se ha logrado limitar mucho la hospitalización en edad pediátrica. Verdaderos ríos de tinta se han vertido ya sobre los problemas psicológicos y familiares del niño hospitalizado, y por tanto no es la ocasión de repetirlo ahora. Si acaso, en virtud de ese efectivo mejoramiento de la pediatría general, no es preciso subrayar ahora la necesidad de la hospitalización cuando el caso lo requiera, precisamente por ser más remota que en otros tiempos.

Conclusiones: los Comités de Ética para la pediatría

Ante esta panorámica de los principales problemas de Bioética que pueden llamar la atención del pediatra de base, juntamente con los más específicos del pediatra hospitalario y del neonatólogo, se advierte ya la necesidad de acercarse de una forma especializada al tema, que si por una parte no puede desentenderse de la figura profesional del “bioeticista”, tampoco puede dejar de apelar a un organismo a propósito que pueda “manejar” la complejidad de tales problemas: estamos hablando de un Comité de Ética para la Pediatría.¹⁵

En Italia se estableció uno en Florencia (probablemente el único) en 1988, al que dieron vida tres Hospitales pediátricos y la 1ª Clínica Pediátrica de la Universidad. Forman parte de él 21 personas: una tercera parte son médicos que trabajan en hospitales, otra tercera parte son agentes sanitarios no médicos; y el resto, personas competentes en el ámbito de la Ética, de extracción no médica. Más en general, y refiriéndonos a la experiencia de algunos centros europeos y estadounidenses¹⁶, un Comité de Bioética para la Pediatría debería estar constituido por:

- un asesor de Ética y de Filosofía;
- un psicólogo, un sociólogo y un jurista;
- varios especialistas médicos: genetistas, obstetras, neonatólogos, pediatras, cirujanos infantiles, neuropsiquiatras infantiles, médicos legales, etc.

No se ha hablado, de todos modos, de que el camino más adecuado sea necesariamente el del Comité “ad hoc” para la pediatría. Existen, en

efecto, graves y dramáticos problemas bioéticos relativos a otras disciplinas (baste pensar en la reanimación o la implantología) que requerirían por analogía la institución de comités análogos. Tal vez una alternativa más realista podría ser la de la promoción de comités hospitalarios o regionales,¹⁷ en cierto sentido “omnicomprensivos”, que se podrían valer a su vez de asesores más apropiados.

Pero por encima de los organismos o de las nuevas figuras profesionales, sigue existiendo esta gran necesidad, más o menos advertida pero ciertamente presente, de “competencia bioética” por parte del médico y, en nuestro caso, del pediatra; una competencia y una actitud que no pueden considerarse ya un hecho “amatorial” o afectivo, sino que debe entenderse como específico bagaje formativo del médico y de su “saber ser”.

Referencias bibliográficas

¹ BARTOLOZZI G., SPINSANTI S., *Il bisogno di Bioetica in pediatria* en AA. VV., *Bioetica per il Bambino*, Pavia: Edizioni Mediche Italiane, 1988: 99-106; LEOCATA A., *Terapia come progetto e problemi etici in pediatria*, *Sanare Infirmos* 1988 (VI) 3: 40-44.

² Para este tema remitimos al excelente estudio de SCALABRINO SPADEA M., *Il consenso del malato “che non può consentire” (anziani e bambini) nel diritto internazionale dei diritti dell’uomo*, *Medicina e Morale* 1987, XXXVII (4): 577-608.

³ CUYAS M., *Il medico e il minore*, *Kos* V, 38: 24.

⁴ La irrelevancia de la patología a la cual se hace referencia se entiende tanto en sentido objetivo (entidad de mínima importancia, como un pequeño dolor, un trauma leve, un resfriado trivial, etc.), como en sentido subjetivo (por la escasa atención que le presta el niño y, por tanto, por el leve trastorno que esa patología le proporciona).

⁵ CUYAS M., *op. cit.*, p. 20.

⁶ GONZALO HERRANZ D., *El respeto, actitud ética fundamental de la medicina*. Lección inaugural del Curso de Medicina y Cirugía de la Universidad de Navarra, año 1985-86.

⁷ Para tener una panorámica, aunque sea somera, de la tensión entre los aspectos éticos y legales de este problema, véase HAVARD J., *Medical Confidence*, *Journal of medical ethics* 1985, 11 (1): 8-11.

⁸ CAMPBELL A. G. M., *Some Ethical Issues in Neonatal Care*, en DUSTAN G. R., SHINNEBOURNE E. A., *Doctor’s Decisions: Ethical Conflicts in Medical Practice*, Oxford: Oxford University Press, 1989: 53.

⁹ FLETCHER J., *Medicine and the Nature of the Man*, Nueva York: Hasting Center Publication, 1973: 47-58.

¹⁰ MC CORMICK R. A., *To Save or Let Die*, *JAMA* 1974, 229: 172-176.

¹¹ Cfr. SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologica* q. 29, a. 1.

¹² Esta distinción, que se remonta a una tradición constante de la Iglesia católica (véase el buen análisis histórico en AA. VV., *Conservating Human Life*, Briantree (Massachusetts): The Pope John Center, 1989: 33-83), se ha vuelto de aceptación común en la reflexión ética contemporánea (DUNSTAN G. R., *op. cit.*, 59; REICH W. T., OST D. E., *Ethical Perspectives on the Care of Infants*, en *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York: The Free Press, 1978: 727).

¹³ AA. VV. *Conservating Life...*, pp. 99-108.

¹⁴ IANDOLO C., *Significato, finalità e valori nella ricerca biomedica*, Actas del Seminario de estudio AMCI-Smith Kline sobre "Ética e investigación biomédica", Roma 29-30, septiembre 1989 (en prensa).

¹⁵ Para toda esta parte, véase LEOCATA A., *Il rapporto medico-paziente in pediatria e la sperimentazione clinica sul bambino*, en AA. VV., *I comitati di Etica*, Roma: Orizzonte Medico, 1990: 249-257.

¹⁶ SERENI F., *Problemi etici della ricerca in pediatria*, *Crescita* 1985, 12.

¹⁷ Desde hace cerca de dos años existe también uno en Sicilia, en el Assessorato Regionale alla Sanità, que fue el primero que se constituyó en Italia a nivel regional.



Niño en convalescencia,
Luigi Nono, 1889



El hombre enfermo,
Wolfgang Heimbach, 1669

Problemas bioéticos, deontológicos y médico-legales de la medicina perinatal

*V. L. Pascali, E. Bottone, A. Fiori**

Resumen

Los cuatro niveles (técnico-profesional en sentido estricto, jurídico, deontológico y bioético) en los cuales se inscribe la relación médico-paciente, comportan problemas diversos en el consentimiento informado y en las prestaciones para el diagnóstico y cuidado de las enfermedades fetales y las del recién nacido. Los autores trazan las líneas esenciales de tales problemas, examinados en la perspectiva de las normas jurídicas y deontológicas italianas.

Preámbulo

El entramado de los problemas que connotan actualmente la profesión médica requiere cada vez más de análisis distintos de los cuatro niveles que en ella se pueden individualizar: bioético, deontológico, jurídico y técnico-profesional, niveles interconectados entre sí pero, al propio tiempo, dotados cada uno de una individualidad específica.

La medicina perinatal presenta en máximo grado aspectos controvertidos y un síntoma de ello lo constituye no sólo la dificultad que pesa sobre la obra de los profesionales, al sugerir propuestas diagnósticas y terapéuticas y al tomar decisiones, sino también la frecuencia cada vez mayor de los casos judiciales, testimonio no solamente de evoluciones

* Instituto de Medicina Legal y de los Seguros (Dir.: Prof. A. Fiori). Universidad Católica del Sagrado. Corazón, Roma.

desfavorables, sino también de reales confusiones sobre los valores a los que hacer referencia.

Al examinar estos temas tan intrincados, parece cada vez más evidente la necesidad de una investigación por etapas en los cuatro niveles, de la cual obtener las reglas de conducta, en cuanto que, a pesar de las apariencias y de las convicciones comunes, lo que está permitido e incluso es obligado en un determinado nivel, puede no serlo en otro, por lo que se hace cada vez más evidente la necesidad de esclarecer la cuestión, dentro siempre de lo posible.

Las reglas de conducta médica se pueden imaginar —por su pertenencia a esferas diversas, aunque íntimamente correlacionadas entre sí— como contenidas en cuatro círculos concéntricos de los cuales el más interior está constituido por la *técnica profesional*. Las profesiones intelectuales, entre las cuales está incluida la profesión médica, se caracterizan notoriamente por una complejidad de prestaciones fundamentadas en conocimientos comunes, básicos y específicos, pero que en la obligación de medios que el profesional contrae con su cliente, toleran un elevado grado de personalización y de opcionalidad, obviamente variable en cada caso y de un problema a otro. Esto significa que, si por un lado al profesional se le concede un discreto margen de discrecionalidad —en medicina, por lo demás, bastante limitado— se le pide por otro una sobreabundancia de prestaciones añadidas, de naturaleza comportamental, que le confieren el “toque” personal profesional y que tienen gran relevancia en su éxito profesional: a decir verdad, no de diversa manera de lo que ocurre también en los “oficios” más comunes no profesionales. La técnica profesional médica, pues, no consiste solamente en proporcionar las prestaciones estrictamente técnicas del arte, diagnósticas y terapéuticas, sino también y fundamentalmente en la instauración de una relación médico-paciente, ampliada por lo demás también a los familiares y, en el límite, incluso a los amigos del paciente.

No es una obligación, y en seguida veremos que en realidad —precisamente en el ámbito de la medicina perinatal— las obligaciones jurídicas y deontológicas son de alguna manera más limitadas. Pero es una línea de conducta muy oportuna, y hasta una necesidad, porque acaba por formar parte integrante de una buena prestación profesional.

En otras palabras, *la relación médico-paciente* —en la cual se inscribe la etapa esencial del *consentimiento informado* cuya obligación

experimenta modalidades según las circunstancias y los pacientes— es uno de los momentos sobresalientes de la prestación técnica profesional y hay que considerarlo, aunque sea dentro de ciertos límites, conforme a los otros aspectos de la prestación. Por lo demás, se sabe que existen médicos, dotados de escasa capacidad técnica pero de elevada capacidad de establecer una relación válida con su paciente y sus familiares, que a menudo han tenido un gran éxito respecto de otros médicos, de cualidades inversas. Lo cual indica, si no otra cosa, el índice de agrado, por parte de los pacientes y de sus familias, respecto de este peculiar aspecto de la conducta profesional.

La relación médico-paciente requiere técnicas de acercamiento moduladas de caso en caso que, por lo menos en teoría, presuponen adecuados conocimientos de psicología, aun cuando en la práctica son las más de las veces fruto de un aprendizaje personal empírico, en el cual pueden jugar un papel —desafortunadamente no siempre positivo— conductas de imitación provenientes de las escuelas en las cuales se ha llevado a cabo el aprendizaje profesional. En este *primer círculo* se ubica, pues, la parte más técnica, en sentido estricto, de la relación profesional del médico con su propio paciente, lo cual implica, en muchos casos, delicados problemas en la propuesta de las prestaciones diagnósticas y terapéuticas que el prestador de una acción intelectual se obliga a proporcionar. Estas asumen connotaciones y dificultades muy particulares en la medicina perinatal, especialmente en la época prenatal, cuando reviste gran delicadeza e importancia, en relación con la normativa vigente en materia de interrupción voluntaria del embarazo, el proceso decisional de la madre e incluso de la pareja, a pesar de que el padre esté las más de las veces privado de legitimación directa.

El *segundo círculo*, más amplio que el técnico, pero concéntrico con él, es el de las *reglas de conducta impuestas por el ordenamiento jurídico*. Efectivamente, la licitud de los tratamientos médico-quirúrgicos encuentra su fundamentación pero también sus límites en las leyes de un determinado estado. Es, por tanto, evidente que la conducta técnica del profesional, tanto al enfocar la relación con el paciente como más todavía al pasar a la fase ejecutiva del proyecto diagnóstico y terapéutico, debe mantenerse dentro de las normas jurídicas, las cuales, por otro lado, son un tanto genéricas en relación con las prestaciones sanitarias. De aquí la necesidad de remitirse a elaboraciones doctrinales y a decisiones

de la jurisprudencia que hacen compleja y en algunos aspectos no unívoca la individualización de reglas precisas de conducta. Entre las cuales, de todos modos, se pueden identificar algunos puntos de referencia fundamentales, tales como el consentimiento informado, el estado de necesidad, en casos particulares los tratamientos obligatorios, y de cualquier modo, la diligencia, la prudencia y la pericia técnica en la ejecución de las prestaciones con un fin diagnóstico y terapéutico.

El *tercer círculo* dentro del cual están incluidos los dos precedentes, se caracteriza por una amplitud mayor todavía y se refiere a las *normas deontológicas*, que son normas extrajurídicas codificadas en los códigos deontológicos nacionales e internacionales.

Estas normas no son auténticamente profesionales pero, en sentido estricto, no pertenecen a las reglas técnicas de la relación médico-paciente, que conciernen principalmente a la esfera de la psicología. De hecho, *las normas de deontología médica* son sustancialmente *normas éticas*, es decir, reglas que la misma categoría médica se ha impuesto autónomamente y que provienen de algunos principios que se consideran como la base de la ética profesional. Se trata de normas bastante detalladas, lo cual las diferencia en muchos aspectos de las técnicas de gestión de la relación médico-paciente, que en realidad no están codificadas y que pueden ser en discreta medida personales y personalizadas, constituyendo de esta manera las características individuales, irrepetibles, del profesionista. Y las diferencia también de las normas jurídicas que regulan la actividad sanitaria, las cuales, precisamente en razón de su carácter genérico, son también susceptibles de aplicaciones no unívocas.

El médico, en su actividad práctica, puede regular su propia conducta dentro de los confines de los primeros dos círculos sin incurrir en ningún inconveniente: ya que la violación de las normas deontológicas —que no obstante puede comportar sanciones por parte del gremio profesional— sigue sin estar sometida frecuentemente a sanción alguna.

Y lo mismo se puede decir de la violación de los principios superiores éticos que pertenecen al *último círculo*, el más amplio, que encierra a todos los demás, esto es, el de la *Filosofía Moral* que es fundamento de la *Bioética*, una disciplina que se ha desarrollado en los últimos decenios por la necesidad de individualizar los principios generales en los que la ética médica debe inspirarse y aquéllos sobre los cuales deben crearse

incluso nuevas normas jurídicas frente a los nuevos y graves problemas originados por la evolución del conocimiento y de la técnica médico-biológica.

La medicina perinatal

La medicina perinatal presenta problemas muy diversos en la fase prenatal respecto de la *fase neonatal*. Desde el punto de vista de la *Bioética*, disciplina de la que provienen las líneas de conducta éticas fundamentales, en las cuales incluso la legislación debería inspirarse, la fase prenatal presenta la cuestión crucial del *aborto*, en torno al cual se ubican la problemática del *diagnóstico prenatal* y en cierta medida de la *terapia prenatal*.

En la *fase neonatal*, en cambio, el punto crucial emergente lo representa la *terapia neonatal de los discapacitados graves*. Es evidente que una Bioética que tenga inspiración religiosa personalista, y que dados los principios básicos en los que se inspira, es por tanto antiabortista, el *diagnóstico prenatal* parece a primera vista, y no sin motivos, como un paso en el camino del aborto por causas eugenésicas. En efecto, la ley 194/1978, al prever la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo incluso por causa de “previsiones de anomalías o malformaciones del concebido” (art. 4) y de “comprobados procesos patológicos, entre los cuales están los relativos a anomalías relevantes o malformaciones del que va a nacer” (art. 6), requiere la comprobación diagnóstica de una *malformación congénita* ya en acto o de previsible establecimiento, se deba a causas orgánicas, a causas infectivas o a otras causas más raras (trauma en el embarazo). Estas investigaciones diagnósticas se valen hoy, como se sabe, de una variedad de posibles técnicas, como la sonografía, la fetografía, la amniocentesis, la vellocentesis, estas últimas llevadas a cabo por análisis de laboratorio en los cromosomas y en el ADN, cuyo estudio, con el desarrollo de las actuales técnicas de análisis, permite diagnosticar enfermedades genéticas directamente en el embrión, en el estadio de pocas células o bien incluso en la ovocélula fecundada.¹

Mucho se ha discutido en el ámbito bioético e incluso deontológico sobre los aspectos positivos y negativos del diagnóstico prenatal.

Los aspectos técnicos, obviamente, resultan sustancialmente positivos, aparte de los riesgos de complicaciones iatrógenas de los métodos más invasivos y también de los riesgos de falsos positivos (más frecuentes en el caso de biopsia de las vellosidades coriales), eventualidades que pueden entrar en el gran campo de la responsabilidad profesional, culpable de *relevancia jurídica*.

Pero bajo *el perfil ético y deontológico*, la perspectiva de que el diagnóstico de una enfermedad congénita, formulado antes de que el feto adquiera capacidad de vida autónoma, pueda inducir a la interrupción voluntaria del embarazo (a tenor del art. 6, letra b de la Ley 194/1978), no podía dejar de encontrar serias reservas por parte de quien es contrario a las prácticas abortivas.²

Gran parte de la clase médica, sin embargo, que incluso ha ejercido el derecho a la objeción de conciencia y que de todos modos apela a la posibilidad de tal objeción, prevista por el art. 46 del código deontológico actual, ha considerado al final poder aprobar el diagnóstico prenatal, bien porque la mayoría de las veces constituye una causa de tranquilidad para la madre (y también para el padre), o bien por las crecientes posibilidades de terapia prenatal. No obstante lo cual, el acceso al diagnóstico prenatal es considerado por muchos como no automático, sino condicionado más bien a determinados requisitos.³

El diagnóstico prenatal, además, propone cada vez más nuevos problemas en relación con el progreso de los medios tecnológicos. Efectivamente, se deben hoy tomar en seria consideración las implicaciones de diagnósticos genéticos de *enfermedades que surgirán tardíamente en el adulto*, como por ejemplo la corea de Huntington: en tales casos no consideramos que subsistan las premisas del art. 6 de la Ley 194 en cuanto que no resultan haberse “comprobado procesos patológicos” “relativos a anomalías relevantes o a malformaciones del que va a nacer”, siempre que no se quiera considerar en sentido amplio como “proceso patológico” una alteración del genoma de efecto lejano en el tiempo, y por “el que va a nacer” no se entienda al feto, sino más bien a la persona humana en cualquier momento de la vida postnatal.

Más inquietante aún se perfila la hipótesis de los *diagnósticos prenatales de predisposiciones patológicas no seguramente productoras de una enfermedad clínica*, como puede ser por ejemplo la hipercolesterolemia familiar. Hay que preguntarse qué tipo de información,

en estas circunstancias, se puede dar a la madre o a la pareja, respetando el deber profesional de una respuesta verídica pero, al propio tiempo, también el de no inducir estados de sufrimiento psíquico que asumen un claro carácter de patología iatrógena.

Nos encontramos ante una situación dinámica, destinada a agravarse a corto plazo, si consideramos el cúmulo de trabajos científicos que se publican anualmente sobre las posibilidades de diagnóstico genético, tanto de enfermedades presentes como de enfermedades futuras o de simples "predisposiciones".

El proceso decisional de la madre, y del padre, debe ser apoyado por el médico, pero diversas son las posiciones del médico no objetor respecto de las del médico que es objetor.

Para el objetor, se plantea el grave problema moral, profesional y jurídico, de la posibilidad de error de diagnóstico y de pronóstico que puede inducir indebidamente a la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo. Para el no objetor, el mismo problema reviste aspectos de gravedad aún mayor cuando tiene que tomar el papel de médico del servicio ginecobstétrico de la entidad hospitalaria, en la que se puede practicar el aborto (art. 7) y aún más cuando se trata de una menor de 18 años (art. 12) o de una enferma mental (art. 13).

En estos casos, es máximo tanto el deber de informar lo más completamente posible, incluso de las posibles causas de error, como, obviamente, el deber de la diligencia y prudencia en la elección y en la ejecución de los métodos de diagnóstico y en su evaluación, considerando la gravedad de la eventual decisión de interrumpir el embarazo, su carácter de voluntariedad en la mujer mayor de edad sana de mente, y las características de la decisión en el caso de la menor de edad y de la enferma mental, la cual puede ser incluso delegada en el juez, esto es, en una tercera persona.

A pesar de todas estas implicaciones, la Bioética personalista, como decíamos, ha superado las reservas de principio sobre la licitud del diagnóstico prenatal, al comprobar que los avances de la ciencia médica en este campo si bien pueden por una parte llevar a la decisión del aborto en aquéllos que no tienen rémoras en solicitarlo, por otro lado tranquiliza a la madre y a la pareja en los casos de resultado normal de la investigación, y puede preparar a la aceptación de la discapacidad en quien de todos modos es contrario al aborto.

Aceptada la licitud del diagnóstico prenatal, el problema Bioético —resuelto sobre principios diametralmente opuestos de la bioética personalista respecto de la llamada laica en cuanto a la conducta en los casos de respuesta diagnóstica de grave patología presente— se complica cuando el resultado lo constituye la antes mencionada identificación de predisposiciones a enfermedades del adulto, o bien a enfermedades hereditarias (por ejemplo, la corea de Huntington) de aparición tardía después del nacimiento, en cuanto que si la Bioética personalista mantiene intacta su línea, la laica se enfrenta a dilemas de no leve entidad, incluso por sus reflejos deontológicos y jurídicos, como diremos enseguida. Y esto, sin hablar de los de carácter psicológico en la comunicación a la pareja de informaciones que, en un futuro bastante cercano, podría consistir en un número cada vez mayor de “defectos” individuales previsibles a nivel genómico, dando paso así o a locas selecciones eugenésicas o bien a un terrorismo predictivo de temibles reflejos negativos sobre toda la colectividad.

En el ámbito del tercero y del segundo “círculo”, es decir, bajo *el perfil deontológico y médico-legal*, —síntesis este último del aspecto jurídico y técnico-profesional— el diagnóstico prenatal ofrece problemas peculiares relativos al *consentimiento informado*.

Sabemos que el art. 50 del Código Penal (“consentimiento del derechohabiente”) es el auténtico meollo de la licitud del acto médico, en cuanto que el art. 54 del mismo Código (“estado de necesidad”) se refiere a casos particulares en los que “el peligro actual de un daño grave” del que una persona puede ser salvada, justifica intervenciones de urgencia incluso sin el consentimiento del interesado.

En la *fase prenatal* hay que distinguir claramente entre consentimiento indispensable bajo el punto de vista jurídico, y el oportuno desde el punto de vista deontológico y, sobre todo, técnico-profesional.

El derechohabiente es, en sentido estricto, la mujer o bien su representante legal, si se trata de una menor de edad o de una enferma mental. El marido —o de cualquier modo el padre del que va a nacer— no tiene un papel específico, si no se trata del representante legal. Y el mismo código deontológico, en el art. 46, menciona “al paciente” como titular del derecho a ser informado y a expresar el consentimiento. Diverso es, por otra parte, el aspecto técnico-profesional que, como decíamos en el preámbulo, se debe considerar más amplio respecto de

las normas jurídicas e incluso de las deontológicas. Efectivamente, motivos de oportunidad, de sentido común y de utilidad sugieren involucrar al padre, que podrá ejercer su influencia, en el régimen de pareja, sobre la decisión de la madre, ayudándola a superar vacilaciones y dificultades psicológicas.

Por lo demás, el consentimiento informado a decidir someterse al diagnóstico prenatal —cuando éste revista un carácter invasivo— es sustancialmente similar al de cualquier otra investigación con riesgo, con el agravante de que el riesgo puede involucrar al feto. Se trata, por tanto, de exponer claramente, pero con las debidas cautelas, las posibles complicaciones de una amniocentesis, de una toma de muestras de vellosidades coriales o de sangre del cordón.

Efectuado el diagnóstico, aparece una problemática nueva respecto de cuanto acaece en el adulto: y está vinculada con la normativa de la que se ocupa la Ley 194/1978 sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Dentro del tercer mes de embarazo (art. 4), el resultado del diagnóstico efectuado, comunicado a la paciente, no se convierte en la etapa de una decisión operativa acordada entre médico y paciente, sino que más bien puede ser seguida por una decisión autónoma de la mujer que, provista del simple certificado que atestigua su voluntad de abortar, se dirige a la estructura hospitalaria donde se lleva a cabo el aborto.

En esta circunstancia no tiene sentido hablar de *consentimiento* informado, tratándose de hecho de una *solicitud por parte de la mujer de un tratamiento no prescrito por el médico*. Se podrá en cambio hablar de simple *información diagnóstica*, de la que la mujer se vale para tomar su propia decisión.

Cuando esta información se refiere a problemas de malformaciones reales o de riesgos de patologías, la posición del médico se vuelve sumamente delicada.

Efectivamente, si se considera el caso de mujeres que deciden la interrupción del embarazo basándose exclusivamente en el temor al nacimiento de un hijo malformado, resulta evidente la magnitud de la responsabilidad que asume el médico que hace el diagnóstico. No son raros los casos de falsos positivos y de falsos negativos. En el campo de las infecciones padecidas por la madre en el primer trimestre, el hallazgo en el feto de inmunoglobulinas específicas para el sarampión, el citomegalovirus o el toxoplasma es seguido a menudo de un nacimiento

completamente normal. Y por otro lado, el diagnóstico genético a nivel molecular, que permite en la actualidad la localización de cerca de 300 situaciones patológicas y que está destinado a ampliarse, como ya dijimos, a situaciones de patologías de insurgencia tardía en el adulto o a simples predisposiciones (a la aterosclerosis o a la diabetes, por poner algún ejemplo), ¿cómo puede ser manejado por el médico al que le importe la ética, la deontología, el derecho de la mujer a una información no superficial ni tendenciosa o aterrorizante, y desee preservar el valor íntimo de la profesión médica, que tiene por finalidad la curación?

Después del primer trimestre, los arts. 6 y 7 de la ley toman en consideración la interrupción del embarazo en relación con la posibilidad de que éste o el parto comporten un grave peligro para la vida de la mujer, o bien cuando, comprobados algunos procesos patológicos, entre ellos los relativos a anomalías relevantes o malformaciones del que va a nacer, determinen un grave peligro para la salud física o psíquica de la mujer. La realidad clínica de una de las circunstancias citadas deberá ser comprobada por un médico, sirviéndose incluso de la ayuda de especialistas. En tanto subsista un inminente peligro para la vida de la gestante, el aborto puede ser llevado a cabo inmediatamente, incluso fuera de los citados procedimientos.

En la hipótesis de que subsista la posibilidad de vida autónoma para el feto, y esto después del día 180º de gestación, el aborto puede ser practicado sólo en caso de que el embarazo o el parto comporten un grave peligro para la vida de la mujer, adoptando sin embargo cualquier medida idónea para salvaguardar la vida del feto.

Por todo lo dicho sumariamente, nos parece evidente que los problemas del *diagnóstico prenatal* son bastante menos simples de lo que pudiera parecer a primera vista, y en ellos el entramado de los aspectos bioéticos, deontológicos, jurídicos y técnico-profesionales alcanza cotas de las más erizadas de asperezas en la profesión médica. Y será así cada vez más, al dilatarse las fronteras del conocimiento.

Ante esta comprobación, muchos autores han previsto acertadamente la necesidad de *regular el acceso a las mujeres embarazadas al diagnóstico prenatal*. Data de 1990 la investigación, ya citada, llevada a cabo por Wertz y colaboradores,⁴ mediante un cuestionario constituido por 14 preguntas-situaciones con respuestas de elección múltiple, distribuido a 1,053 genetistas de muchas naciones, en el cual se preveían

diversas condiciones clínicas que podían originar incertidumbres y conflictos desde el punto de vista ético (*ethical dilemmas*). La iniciativa —que tuvo amplia acogida— hizo que los autores sugirieran una serie de propuestas para reglamentar el acceso de las mujeres embarazadas a las investigaciones prenatales, articuladas en siete niveles.

Los autores centraron su atención principalmente en la necesidad de garantizar una equilibrada distribución de la posibilidad de acceso a la asistencia genética entre la población de mujeres embarazadas, cuyas solicitudes —crecientes en la actualidad— parecen ser actualmente patrimonio de las clases sociales más desahogadas.

En las instancias sucesivas los autores proponen revelar la información más completa posible clínicamente relevante y resultante de los análisis genéticos, a condición de que se haga: en el contexto de un control adecuado por parte de los genetistas; respetando la elección por parte de los padres de interrumpir o llevar a término un embarazo de un feto malformado o afectado de desórdenes genéticos; protegiendo el acceso a los resultados de las pruebas genéticas por parte de las instituciones; excluyendo cualquier otra finalidad en el diagnóstico prenatal, aparte de la necesidad de informar sobre el estado de salud del feto; efectuando la detección genética voluntariamente y no de forma obligatoria, excepto en los casos de recién nacidos en los que sea posible aplicar un tratamiento precoz; y recalcando, finalmente, la necesidad de ulteriores estudios y discusiones sobre la materia, compleja y problemática, de la protección del secreto del paciente en los casos en que exista un alto riesgo de enfermedades genéticas en la parentela.

La terapia prenatal

La terapia prenatal es otro aspecto complejo, aun cuando su escasa evolución en estos últimos años —después de una fase de inicial entusiasmo pionero— parece haberse atenuado decididamente ante las dificultades técnicas y las desilusiones de las osadas propuestas de corrección quirúrgica prenatal de algunas enfermedades malformativas.

Ciertas posiciones, interesantes pero un tanto aventuradas, previstas a principios de los años 80, hoy se han revelado en la realidad como más teóricas que prácticas. Pero de todos modos, vale la pena aludir a ellas.

Después de los años 70, decenio en que se difundieron principalmente las tecnologías diagnósticas de la medicina prenatal, los años 80 se caracterizaron al principio por una actitud predominante de intervención directa en el feto, mediante técnicas terapéuticas incluso invasivas.

Hoy podemos enumerar entre las terapias fetales métodos relativamente poco invasivos —terapia fetal indirecta a través de la placenta— y métodos invasivos, médicos y quirúrgicos.

Se han efectuado diversos experimentos que han llevado a la corrección en útero de la hidrocefalia mediante *shunt* ventrículo-amniótico,⁵ de algunas uropatías obstructivas, mediante derivaciones vesico-amnióticas, cistocentesis o ureterotomía,⁶ de los defectos de la pared abdominal y de la hernia diafragmática congénita, mediante acceso directo uterotómico,⁷ de la hernia umbilical y de la gastrosquisis.⁸

En los últimos años ha sido posible llegar directamente al compartimento vascular fetal mediante punción del cordón umbilical bajo guía ecográfica (cordocentesis) con un riesgo relativamente bajo. Se ha podido obtener así en un sólo momento no únicamente un valioso acercamiento diagnóstico a través del completo ordenamiento de los parámetros hematológicos, bioquímicos, hemogasimétricos y citogenéticos de los embarazos normales y patológicos, sino también la posibilidad de efectuar contextualmente actos terapéuticos transfusionales e infusionales, análogamente a cuanto ocurre en el adulto (enfermedad de isoinmunización Rh, hidropesía fetal).

Actualmente es posible también tratar las graves afecciones del compartimento medular mediante trasplante de células hematopoyéticas en el feto, las cuales han sido objeto en los últimos años de una amplia experimentación animal y humana.⁹

A las madres que, habiendo sido notificadas de la enfermedad congénita de la que el feto resulta ser portador, y sin embargo no pretenden interrumpir el embarazo, se les plantea otro delicado problema: el de dar su consentimiento a una terapia prenatal que podría ser incluso de investigación, agravada por riesgos y sufrimientos. Puesto que la mujer es la titular de la decisión, nos preguntamos *si tenga deberes no sólo morales, sino también jurídicos, respecto del feto*. El problema se ha constiuido desde hace tiempo en el punto central de la atención internacional y, por lo que concierne a la legislación norteamericana, ha sido objeto de un agudo análisis por parte del jurista Hallisey.¹⁰ En Italia,

Mantovani,¹¹ penalista reconocido, nos recuerda que el feto no es titular de derechos subjetivos, porque no es aún persona, pero que es *persona en potencia*, lo cual—en una lectura sistemática de las normas vigentes, en particular de la Constitución y de las sentencias de la Corte Contitucional— se debe considerar como que tiene *derecho a la salud*, y por tanto a nacer sana. Por consiguiente, los tratamientos terapéuticos, incluso aquéllos a nivel de experimentación con fines terapéuticos, no sólo son lícitos —con tal que se prevean ventajas superiores a los riesgos— sino que se puede defender que son una deber de la madre, en el ámbito del concepto actual de “maternidad responsable”, con referencia al art. 30 de la Constitución y a los arts. 315 y siguientes del Código Civil sobre la potestad de los padres, que sancionan el derecho-deber de éstos de proveer al “cuidado” del hijo, deber terapéutico también que se considera retroactivo a la fase fetal. La madre, en esta perspectiva, estaría, pues, obligada a dar su consentimiento a estos tratamientos, salvo los que tuvieran una finalidad meramente científico-experimental o bien los que fueran perjudiciales o demasiado riesgosos para el concebido.

A decir verdad, esta posición, de la cual no tenemos intención de evaluar su fundamentación jurídica, nos parece de todos modos de escasa aplicación en el estado actual, dado que la experiencia del último decenio de terapia prenatal con métodos invasivos ha demostrado una objetiva dificultad y una posibilidad concreta de ponerla en práctica en pocas enfermedades y en pocos centros, por lo demás sumamente especializados y poco accesibles.

Las enfermedades congénitas

Las enfermedades congénitas observadas en el nacimiento comportan problemas diferentes de los arriba examinados, y también en este ámbito los cuatro niveles de la relación médico-paciente están implicados en medida particularmente elevada.

En esta situación, ante todo, las leyes vigentes, por lo menos en Italia, no ofrecen ya a la madre la angustiada posibilidad de decidir sobre la vida del producto de la concepción, de la que podía valerse hasta el sexto mes de embarazo, posibilidad prácticamente total dentro de los 90 primeros

días, ligada a la verificación por parte del especialista de “procesos patológicos, entre ellos los relativos a relevantes anomalías del que va a nacer que comporten un grave peligro para la salud física o psíquica de la mujer” después de los 90 primeros días de embarazo, y confinada finalmente a la posibilidad de interrupción del embarazo en situaciones de grave peligro para la vida de la mujer. El recién nacido se vuelve él mismo paciente, aunque menor y por tanto incapaz, y consiguientemente sometido a la potestad de los padres, que tienen a su respecto obligaciones penales y civiles.

Los casos de discapacidad grave de diagnóstico inmediato plantean actualmente problemas vinculados con algunas orientaciones de tipo eugenésico-eutanásico, que parecen abrirse camino, con la solicitud por parte de la madre o de la pareja de interrumpir o limitar la asistencia al recién nacido: solicitud que puede encontrar oposición en el médico, o bien varios grados de condescendencia, Dunn¹², refería recientemente, en una breve síntesis, la variedad de posiciones en el mundo anglosajón, ajenas por lo demás a la normativa vigente en otros países.

Resulta superfluo subrayar cómo esta orientación eugenésica-eutanásica se ubica al margen de cualquiera de los cuatro niveles en los que puede enmarcarse la actividad médica, comenzando por el jurídico.

Las normas de la deontología médica, además, son en este sentido taxativas: el nuevo Código Deontológico dedica el capítulo III, art. 38, a la asistencia a los niños, a los ancianos y a los discapacitados, a cuyo respecto el médico debe comprometerse a protegerlos, particularmente cuando considere que el ambiente, familiar o no, “no es suficientemente solícito en el cuidado de su salud”, tratando de que “se les garantice una calidad y dignidad de vida” y recurriendo a la autoridad judicial competente cuando compruebe alguna “oposición de los representantes legales al necesario cuidado de los menores de edad y de los discapacitados”. Y en el capítulo V, el art. 43 prohíbe al médico proporcionar tratamientos encaminados a menoscabar la integridad física y psíquica del paciente y, “con mayor razón, acciones capaces de abreviar la vida del enfermo”.

Las posiciones de la *ética* llamada *laica* y de la *ética católica* personalista son, en cambio, divergentes.¹³

Desde el punto de vista *jurídico*, parece evidente que al médico que aceptara propuestas de eutanasia pasiva —como resultan ser éstas,

indiscutiblemente— o incluso las formulará, o de cualquier modo llevará a cabo omisiones deliberadas, se le puede acusar de homicidio voluntario. Una petición de este tipo por parte de los padres, cuya potestad debe ser ejercida en interés exclusivo del menor, es ilícita.

Incluso en el caso del médico, que aunque disintiendo, aceptara la imposición de los representantes legales del menor de no prestar los cuidados necesarios, se haría responsable del delito de lesiones personales o de homicidio, siendo en cambio su derecho-deber, en caso de urgencia, de intervenir terapéuticamente, salvo el dirigirse, si el decurso de la enfermedad lo permitiera, al juez tutelar para que autorizara la prestación médica. Sobre este punto nos remitimos al exhaustivo tratado de Iadecola.¹⁴

Más complejo es el problema de los *análisis postnatales cromosómicos* y *genómicos* que pueden conducir al *diagnóstico predictivo de graves enfermedades de insurgencia futura* o bien a la comprobación de *predisposiciones* a varios estados morbosos, de entre los que pueden observarse comúnmente. Desde este punto de vista, está abierto el debate acerca de la oportunidad de efectuar estas investigaciones, de comunicar su resultado a los padres y de la legitimidad, por parte de éstos, de informar de ello al hijo menor.¹⁵

Un último aspecto se debe recordar, finalmente, cuando se trata de graves discapacidades observadas en el nacimiento, las cuales se refieren en general a tres grandes grupos de recién nacidos: los que nacen con graves malformaciones; los que presentan severo daño cerebral hipóxico o traumático; y, finalmente, los que son altamente prematuros, con cuadros clínicos serios, como hemorragia periventricular y displasia broncopulmonar. La experiencia médico-legal enseña que estos casos pueden dar lugar no raramente a una ruptura de la relación entre el médico y la madre o la pareja, que achacan a veces al médico y/o al analista, el fallido diagnóstico de la malformación en el curso del embarazo o, más frecuentemente, imputan al médico la enfermedad por inadecuada conducta profesional en la asistencia al embarazo o al parto. No es infrecuente que estas críticas se traduzcan en procesos penales y/o civiles por responsabilidad profesional culposa.

Las medicina perinatal, con sus avances clamorosos, ha originado, pues, una serie de problemas técnicos, jurídicos, deontológicos y bioéticos, algunos de los cuales permiten enfoques sustancialmente unívocos,

mientras que otros requieren un esfuerzo continuo de adecuación a una realidad dotada de un rápido dinamismo, en la cual, de todos modos, el médico debe tener siempre como punto de referencia prioritaria e inviolable el derecho a la vida del producto de la concepción.

Referencias bibliográficas

- ¹ Cfr. SAIKI R. K., SCHARE, S. y otros, *Enzymatic Amplifications of Alphasglobin Genomic Sequences and Restriction Site Analysis for Diagnosis of Sickle Cell Anemia*, Science 1985, 230: 1350; SAIKI R. K., BUGWAN T. L. y otros, *Analysis of Enzymatically Amplified Bet-globin and HLA-DQa DNA with Allele Specific Oligonucleotide Probes*, Nature 1986, 224: 165-166; ADINOLFI M., CAMPORESE C., CARR T., *Gene Amplification to Detect Fetal Nucleated Cells in Pregnant Woman*, Lancet 1989, ii: 328; BCCHUS C., BUSELMAIER W., *Blastomere Karyotyping and Transfer of Chromosomally Selected Embryos Implications for the Production of Specific Animal Models and Human Prenatal Diagnosis*, Hum. Genet. 1988, 80: 333-336; COVONE A. E., MUTTON D. y otros, *Trophoblast Cells in Peripheral Blood from Pregnant Woman*, Lancet 1984, 11: 841-843; HERZENBERG L. A., BIANCHI D. W., y otros, *Fetal Cells in the Blood of Pregnant Woman: Detection and Enrichment by Fluorescence-activated Cell Sorting*, Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1979, 76: 1453; HODGKINSON K. A., KERZIN-STORRAR L., *Adult Polycystic Kidney Disease: Knowledge Experience and Attitudes to Prenatal Diagnosis*, J. Med. Genet. 1990, 27: 552-558; KOGAN S. C., DOHERTY M., GITSCHER J., *An Improved Method for Prenatal Diagnosis of Genetic Disease by Analysis of Amplified DNA Sequences*, N. Engl. J. Med. 1987, 317; LI H., GYLLENSTEN U. B., CUI X., *Amplification and Analysis of DNA Sequences in Single Human Sperm and Diploid Cells*, Nature 1988, 335: 414-417; MONK M., HANDYSIDE A., y otros, *Prenatal Diagnosis of Deficiency of Hypoxanthine Phosphoribosyltransferase in a Mouse Model for Lesch-Nyhan Syndrome*, Lancet 1987, 2: 423-425.
- ² SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica*, Milán: Vita e Pensiero 1988; ID., *Ethical Issues in Prenatal Diagnosis and Fetal Therapy: a Catholic Perspective*, Fetal Ther. 1989, 4 (supp.): 16-127; MELE V., *Diritti e doveri della medicina predittiva*, Medicina e Morale 1991, 41: 73-90.
- ³ WERTZ D. C. y otros, *Medical Geneticists Confront Ethical Dilemmas: Crosscultural Comparisons Among 18 Nations*, Am. J. Human Genet. 1990, 46: 1200-1213.
- ⁴ *Ibid.*
- ⁵ MICHEIDA M. y cols., *Present Status of Intrauterine Treatment of Hydrocephalus and its Future*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1986, 155: 72-73; Clewell W., *Intrauterine Treatment of Hydrocephalus*, Actas "International Symposium on Fetal Diagnosis and Therapy", Rotterdam 1987, pp. 24-27; VINTZILEOS A. M. y cols., *Perinatal Management and outcome of Fetal Ventriculomegaly*, Obstet. Gynecol. 1987, 69: 5-11.
- ⁶ CROMBLEHOLME T. M. y cols., *Fetal Intervention in Obstructive Uropathy: Prognosis Indicators and Efficacy of intervention*, Obstet. Gynecol. 1990, 153: 655-660.
- ⁷ HARRISON M. R. y cols., *Correction of Congenital Diaphragmatic Hernia in the Fetal Lamb: Lung Development and Morfology*, J. Pediatr. Surg. 1984, 19: 131-140; TIBBUEL D. y cols., *Congenital Diaphragmatic Hernia: the Clinical Problem*, Actas "International Symposium", cit, pp. 36-41; HARRISON M. R. y cols., *Successful Repair in Utero of a Fetal Diaphragmatic*

Hernia after Removal of Herniated Viscera from the Left Thorax, New Engl. J. Med. 1990, 322: 1582-1584.

⁸ MOORE T. C. y cols., *An International Survey of Gastroschisis and Omphalocele*, *Pediatr. Surg. Int.* 1986, 1: 46-50.

⁹ ZANJANI E. D. y cols., *Adult Hematopoietic Cells Transplanted to Sheep Fetuses Continué to Produce Adult Globins*, *Nature* 1982, 295: 244-246; BRENT L. y cols., *On the Feasibility of Inducing Tolerance in Man: a Study on Cynomolgus Monkey*, *Immunol. Lett.* 1989, 21: 55-62; GOLBUS M. S. y cols., *In Utero Stem Cell Transplantation*, *J. Perin. Med.* 1990, 18: 38.

¹⁰ HALLISEY F., *The Fetal Patient and the Unwilling Mother: a Standard for Judicial Intervention*, *Pacific Law Journal* 1989, pp. 1065-1094.

¹¹ MANTOVANI F., *Il c.d. diritto del feto a nascere sano (problemi medico-legali della diagnosi e trattamento in utero)* *Riv. It. Med. Leg.* 1980, 2: 237-248.

¹² DUNN P. M., *Life Saving Intervention in the Neonatal Period: Dilemmas and Decisions*, *Arch. Dis. Child.* 1990, 65: 557-558.

¹³ MELE, *Diritti e doveri...*, *op. cit.*

¹⁴ IADECOLA G., *Consenso del paziente e trattamento medico-chirurgico*, Padua: Liviana, 1989: 59 ss.



Tratamiento de una pierna ulcerada,
Ilustración del *Der Grosse Wundartzney* por Paracelso, 1536



San Francisco cuando el leproso,
Giovanni Battista Crespi, 1630

Los antiandrogénicos en el tratamiento del comportamiento sexual violento. Reflexiones éticas

*Vicenza Mele, Elio Sgreccia**

Resumen

El artículo nos propone examinar los aspectos éticos del tratamiento antiandrogénico para los sujetos que manifiestan un comportamiento sexual violento. El argumento, de difícil solución ética, viene enfrentado a la visión de la bioética personalista. En opinión de los autores, el tratamiento antiandrogénico es éticamente lícito, con estas condiciones: obtener el diagnóstico psiquiátrico del síndrome obsesivo-compulsivo, asociar la psicoterapia al tratamiento endocrinológico, requerir el consentimiento del individuo. Ellos sostienen por el contrario, desde el punto de vista ético siempre inaceptable, la castración quirúrgica y la terapia adversa.

No existe todavía un tratado completo y general de los tratamientos de patología sexual considerados desde el punto de vista ético, así como tampoco un acuerdo entre las diferentes escuelas sobre los tratamientos más idóneos para los trastornos simples ó las patologías específicas de la sexualidad. Aquí nos encontramos frente a varios métodos: el uso de

* Instituto de Medicina Legal y de los Seguros (Dir.: Prof. A. Fiori). Universidad Católica del Sagrado. Corazón, Roma.

fármacos, la psicoterapia, las técnicas de comportamiento (conductistas de inspiración de Master-Johnson), las técnicas quirúrgicas ó protésicas, la terapia adversa.

El valor de estas terapias no es siempre compartido por todos y existe notable perplejidad respecto a la ética de algunas técnicas.

En este artículo nuestra intención es limitarnos a la reflexión ética sobre el uso de los fármacos antiandrógenicos en los sujetos que muestran un comportamiento violento y desviado, omitiendo la valoración ética sobre el tratamiento psicológico, no así sobre algunos métodos de diagnóstico y monitoreo utilizados en estos casos.

Premisa sobre los datos científicos

Los sujetos de sexo masculino que manifiestan un comportamiento sexual violento, según el presente artículo sobre el tema pertenecen esquemáticamente a tres tipos diversos: un pequeño porcentaje son psicóticos, otros son sujetos con historia de actos antisociales repetidos y que sólo ocasionalmente cometen violencia sexual sobre el contexto de otro delito (violación ó agresión); otros más, son afectos a las perversiones sexuales, es decir son movidos por estímulos y fantasías de tipo obsesivo-compulsivo que constituyen una buena parte de sus pensamientos sexuales.

Recientemente han sido efectuados diversos estudios² para valorar el grado de agresividad sexual, con el intento de hacer objetivo el modelo de estimulación del sujeto sexualmente agresivo afectado de perversión. Según los datos presentados en literatura³ estos sujetos no aparecen en grado de inhibir la excitación sexual inducida por escenas de violencia sexual, y al contrario, muestran una capacidad normal inhibitoria de la excitación frente a escenas de relaciones sexuales no violentas.

Omitiremos la descripción, no así la valoración ética, muy problemática, de la metodología utilizada para hacer objetivo el patrón de estimulación; lo que debemos recordar son las peculiaridades de la capacidad inhibitoria de la excitación sexual de estos sujetos, con el fin de comprender completamente los efectos de los medicamentos utilizados.

En el ámbito endocrinológico, los primeros medicamentos utilizados para suprimir la libido con manifestación violenta han sido los estró-

genos; sin embargo, su uso ha sido rápidamente suspendido por la aparición de importantes efectos colaterales, como la feminización y el carcinoma mamario.

Posteriormente los medicamentos más utilizados han sido los antiandrogénicos, el acetato de ciproterona (CPA) y el acetato de medroxi-progesterona (MPA).

Para los lectores no médicos puntualizamos que con el término antiandrogénicos se entienden algunos medicamentos que explican su efecto impidiendo la acción fisiológica de las hormonas androgénicas.

En las paginas siguientes seran tema de nuestra reflexión específicamente los sujetos afectados por el síndrome obsesivo compulsivo.

El tratamiento con acetato de ciproterona (CPA)

Efectos del medicamento sobre la sexualidad masculina:

El CPA induce la inhibición de la sexualidad masculina según este orden: primero produce una disminución en la libido, después en la capacidad de erección y por último el orgasmo⁵.

En la mayoría de los estudios reportados en la literatura para inhibir el comportamiento sexual violento y desviado, es utilizado una dosis de 100 mg/diarios suministrados por vía oral o bien de 300 mg. cada 10-14 días por vía intramuscular.⁶

La disminución de la excitación sexual del sujeto se verifica después de un período de tiempo comprendido entre una y tres semanas y está relacionada con la dosis del medicamento.⁷ En este tiempo todavía está presente la orientación sexual típica, pero el énfasis y el impulso de la libido aparecen reducidos (y en altas dosis eliminados); consecuentemente, disminuye la compulsiva tensión sexual a cometer actos violentos.⁸

La valoración de la capacidad de erección⁹ representa un criterio agregado para monitoriear los efectos del fármaco. Después de aproximadamente siete a diez días de tratamiento cesa toda erección nocturna espontánea,¹⁰ y en el transcurso del contacto sexual es a menudo necesario una estimulación prolongada por parte de la pareja para obtener una adecuada erección. El grado de dificultad para obtener la erección no depende solamente de la dosis del medicamento, sino de la

edad del sujeto tratado:¹¹ en los jóvenes la capacidad de erección puede ser inhibida con una dosis de 100 a 150 mg. de CPA; en los sujetos de más de 50 años de edad el mismo efecto se puede obtener con una dosificación menor. Con la dosis de 200 mg. la capacidad de erección resulta completamente abolida.¹²

Otro parámetro para valorar la actividad del medicamento es el retardo de la eyaculación,¹³ aceptado positivamente por muchos de estos pacientes, afectados de eyaculación precoz.

Por lo que respecta a la fertilidad, los datos en literatura refieren una maduración disminuida de las células germinales en espermatozoides.¹⁴

Los efectos descritos (sobre la libido, sobre la capacidad de erección y sobre espermatogénesis) son reversibles a la suspensión del tratamiento.¹⁵ La reversibilidad procede en el mismo orden de aparición del efecto (primero la libido, después la capacidad de erección y la capacidad de alcanzar el orgasmo, y por último la fertilidad).¹⁶ En general la espermatogénesis regresa a la normalidad después de cinco a seis meses de suspensión del tratamiento.

Efectos psicológicos

En general, bajo terapia los pacientes parecen más sociables, con menos tensión; y pueden por lo tanto someterse más fácilmente a la psicoterapia. Subjetivamente se sienten más equilibrados, más libres y más dispuestos a los contactos sociales.¹⁷

Efectos colaterales

Los efectos colaterales debidos a la administración del medicamento se dividen en iniciales y tardíos. Los efectos iniciales, que se manifiestan después de uno o dos meses de tratamiento, son los siguientes: cansancio, somnolencia, aumento de peso, balance negativo de nitrógeno, disminución en la concentración sérica de calcio y fósforo, depresión psíquica. Los efectos tardíos, que se presentan después de seis u ocho meses de tratamiento, son: ginecomastia temporal o definitiva, disminución del vello corporal, aumento de cabello, disminución de secreción sebácea.

Los efectos colaterales son reversibles a la suspensión de la terapia.¹⁸

El tratamiento con el acetato de Medroxiprogesterona (M.P.A.):

Efectos sobre la sexualidad masculina

Un medicamento como el CPA determina esencialmente una disminución de la fantasía erótica y posteriormente de la capacidad de erección y de la eyaculación.¹⁹ En general el protocolo utilizado en estos casos sugiere un tratamiento inicial de 400-600 mg. I.M./semana, con dosis progresivamente reducidas.

En un estudio reciente de Wineze (20), en vez de puntualizar los efectos del MPA toma en consideración diversos parámetros modificados de la admisión del medicamento: la fantasía erótica espontánea, la percepción subjetiva del impulso sexual y de la capacidad de erección (en respuesta a la estimulación erótica), y el entumecimiento peniano nocturno. Las conclusiones deducidas²¹ son las siguientes: la administración del medicamento influye sobre el deseo sexual más que sobre la capacidad efectiva de erección durante la estimulación erótica. Con los datos obtenidos, Wineze y colaboradores²² elaboran una hipótesis un poco sugestiva sobre el efecto terapéutico del medicamento: el MPA, puede ser eficaz para controlar fantasías sexuales inducidas por estimulaciones leves y poco explícitas. En opinión de los autores, el sujeto sexualmente violento afectado por el síndrome obsesivo-compulsivo es comparable, por la modalidad con que es inducido el comportamiento compulsivo, a los alcohólicos.²³

Estos últimos muestran una respuesta fisiológica reactiva no proporcional a estímulos sensoriales mínimos: esto es, simplemente el ver o el oler el alcohol pueden provocar en el alcohólico el deseo compulsivo de beber. Paralelamente en los sujetos que muestran un comportamiento sexual violento compulsivo estaría presente una enorme respuesta a estímulos sensoriales del todo mínimos, y la enorme reactividad fisiológica al estímulo se traduciría después en deseo sexual compulsivo y en el consiguiente comportamiento sexual.

Al prescindir de la autenticidad de esta hipótesis patogénica, que puede incluso resultar discutible en los términos indicados, nos parece que, el medicamento ejercita una acción de control sobre la libido, bloqueando la respuesta a estimulaciones pequeñas y poco explícitas,

mientras que a estimulaciones sexuales intensas llega a exceder su efecto inhibitorio.²⁴

El MPA, en definitiva, disminuye la intensidad del deseo sexual, sin cambiar la calidad del deseo o su orientación. Una independencia mayor del deseo sexual obsesivo y patológico puede, de todos modos, permitir a algunos de estos sujetos llevar una vida sexual normal.²⁵

La disminución de la frecuencia y de la calidad de la erección producida por el medicamento es debida al descenso de los niveles séricos de testosterona. Los niveles séricos de la hormona que son 1/4 de los niveles fisiológicos²⁶ (es crucial para este propósito la dosis del medicamento utilizado). El efecto, sin embargo, resulta reversible con el ajuste de la dosis.

Por lo que se refiere a la acción del medicamento sobre las células germinales, algunos autores²⁷ reportan un efecto degenerativo que el MPA, induciría sobre túbulos seminíferos con consecuente infertilidad irreversible del sujeto tratado.

Aparece particularmente interesante, como referido por otros,²⁸ que la capacidad adquirida de dominar los impulsos sexuales violentos en aquellos que responden favorablemente al tratamiento, permanece aún después de la suspensión del tratamiento. Verdaderamente el efecto farmacológico permanente podría depender del grado de aceptación del tratamiento por parte del paciente; en otras palabras cuando el sujeto está más dispuesto y motivado para aceptar el medicamento, éste tendrá un efecto más positivo y probablemente duradero.²⁹

Efectos colaterales:

Ya que los progestágenos pueden causar un cierto grado de retención hidrosalina, la administración del medicamento está contraindicada en aquellas condiciones que pudieran ser influenciadas por este factor, como la epilepsia, la migraña, el asma, la insuficiencia cardiaca o renal. Ha sido detectada una disminución en la tolerancia de la glucosa durante el tratamiento con progestágenos, por esta razón el tratamiento debe ser evitado en los sujetos diabéticos.

Los efectos colaterales del tratamiento con MPA son los siguientes: fenómenos tromboembólicos, manifestaciones gastrointestinales (náu-

seas), aumento de peso y bochornos (atribuidos al efecto termogénico de los progestágenos). Algunos reportes muestran signos de nerviosismo, insomnio, somnolencia y fatiga. La depresión, la ginecomastía y la pérdida del vello corporal, debidas a la disminución de los niveles de testosterona, son otros efectos posibles, pero casi del todo ausentes en los datos bibliográficos. Los efectos colaterales son reversibles después de algunos meses de la suspensión del medicamento.

El posible papel del tratamiento antihormonal en el comportamiento sexual violento: reflexiones éticas.

De cuanto se ha dicho hasta aquí sobre el tratamiento endocrinológico de los comportamientos sexuales, el razonamiento ético pudiera ser hecho a diversos niveles: los medios utilizados para diagnosticar algunas enfermedades sexuales o para monitorear los efectos del tratamiento pueden suscitar alguna perplejidad de orden ético. En muchas partes se utiliza el método terapéutico del tipo conductista para valorar la respuesta del sujeto que han estado solamente aludidas y que, sin embargo, merecerían una consideración críticamente profunda. Sin embargo nos limitamos en este artículo, a la valoración ética del uso de los antiandrogénicos.

La aclaración de fondo a declarar previamente es aquélla que concierne al criterio de tipo ético al cual intentamos referirnos. En nuestra opinión este criterio no puede ser simplemente aquél del acuerdo entre paciente y psiquiatra, por lo cual se pueda creer ética aquella posición que coincide con el consentimiento de las partes. Esto sería un criterio subjetivo inspirado en el concepto simple de libertad como único fundamento fundamental de la ética.

Con este perfil se pretende justificar el empleo del socio subrogado por ciertos disturbios de la sexualidad. No es ni siquiera suficiente el criterio del utilitarismo y del pragmatismo ético, por lo cual se puntualiza el éxito resolutivo de la patología sin considerar el consentimiento del sujeto o el método.

Con el perfil de la eficacia de los tratamientos de patología sexual ciertos medios, como los métodos quirúrgicos o la terapia de adversidad, podrían resultar determinantes pero muy poco éticos.

El criterio ético al cual se puede aspirar adecuada y lícitamente, en nuestra opinión es con el tipo personalista en cual la sexualidad viene considerada en la totalidad de la persona. Desde este punto de vista, el principio guía es el principio terapéutico; precisa por tanto delinear qué implica el principio terapéutico, cuáles sean las condiciones que lo caracterizan y delimitan su empleo.

El principio terapéutico se basa sobre el hecho de que “la corporeidad es un todo unitario resultante de partes distintas entre ellos, orgánica y jerárquicamente unificadas en la existencia única y personal”.³⁰ La integridad física es un bien incluido en la corporeidad y puede ser violado sólo en ventaja de los bienes superiores de la persona a quien está asociado y que son la vida y la salud.

En esta óptica, el principio terapéutico da como lícita la extirpación de un órgano para salvaguardar el organismo entero. Existen, sin embargo condiciones que respetar³¹ para que tal principio sea correctamente aplicado:

—La intervención médica, que siempre en alguna medida perjudica la integridad del sujeto, debe ser efectuada sobre la parte afectada o la causa directa de la enfermedad.

—No deben existir alternativas válidas.

—Debe existir una posibilidad proporcionalmente alta para el éxito terapéutico.

—Debe ser requerido el consentimiento del paciente.

En nuestro caso la urgencia terapéutica y la consideración de los criterios de utilidad terapéutica del medicamento empleado van puestos en relación también con el bien social, en cuanto si el comportamiento agresivo porta peligrosidad para otras personas.

En la concepción personal de la Bioética, en efecto al principio terapéutico va unido el principio de la sociedad.

El principio de la sociedad: compromete a cada persona a realizarse por sí misma en la participación de la realización de los semejantes;³² la vida y la salud son bienes no solamente personales sino también sociales, y sobre el principio de sociabilidad se basa la mutua y recíproca ayuda en la promoción de los bienes principales de la persona dentro de la comunidad.

El principio de socialidad va sin embargo integrado como complementario del principio del bien individual y nunca en sentido colectivo.

En otras palabras el bien social debe ser alcanzado por medio del bien de la persona y no contra el bien de la misma.

Por tanto, la persona podrá y deberá aceptar libremente ser curada, por el bien propio y por el bien ajeno, especialmente cuando su mal pueda dañar a otros, y podrá también con libre consentimiento aceptar una autolimitación de un bien suyo cuando esto represente un bien para los otros y de todos modos no dañe la vida propia. (En este punto de vista se explica y se justifica, por ejemplo, la donación de un órgano).

Ahora debemos aplicar este modelo ético a nuestro caso específico. El propósito de detenernos en este aspecto es producido por la situación particular ética en la cual viene comprometido el médico (psiquiatra o endrocrinólogo) que prescribe el mencionado tratamiento. El médico se encuentra frente a dos solicitudes que provienen de fuentes diversas que podrían parecer a simple vista en desacuerdo. El beneficio de la sociedad que impone la curación del comportamiento anómalo y el beneficio para el paciente; una solución posible al problema va planteada, a nuestro parecer, en esta óptica; establecer si efectivamente y en que condiciones tal tratamiento pueda representar un beneficio para la salud más que daño para el sujeto, el médico puede lícitamente prescribir este tipo de tratamiento.

Para aclarar este aspecto nos referirnos antes que nada a lo hasta aquí mencionado sobre el MPA y sobre el CPA.³³

Los fármacos actúan sobre el organismo a más niveles, sobre todo el mecanismo de acción resultante en ambos casos del efecto biológico disminuido de la hormona testosterona. Por lo que se refiere a una posible relación entre testosterona y comportamiento agresivo, los datos presentados en la literatura³⁴ nos conducen a estas conclusiones: la testosterona no es la causa del comportamiento agresivo; sin embargo, la presencia de la hormona representa un factor permisible para el surgimiento de un comportamiento agresivo de esta índole.

Vistas tales premisas, si el sujeto tiene un nivel sérico de testosterona arriba del rango fisiológico (a pesar de haber existido otros factores para que el sujeto manifieste un comportamiento sexual violento) no es sólo lícito sino obligatorio suministrar un tratamiento antihormonal, seguramente después de haber acertado en la etiología del desequilibrio.

En estos casos, en nuestra opinión la intervención farmacológica corresponde al principio terapéutico por que es una intervención ordenada

para el bien del organismo, destinada a reconstituir un equilibrio hormonal por el momento ausente, y es efectuado sobre una parte del organismo directa y profundamente envuelta en el trastorno del comportamiento.

Menos claras pueden parecer las situaciones de aquellos sujetos en los que los niveles de testosterona resultan normales, y que presentan un comportamiento sexual agresivo. En estas situaciones, en efecto, la intervención médica se efectúa sobre un sujeto biológicamente sano por lo menos en cuanto se refiere a los niveles hemáticos de testosterona. El acto médico podría parecer un acto manipulativo más que terapéutico. Para aclarar esta perplejidad es necesario tener en cuenta algunos aspectos afrontados con anterioridad.

Los sujetos tratados con MPAY CPA relatan una sensación de liberación de fantasías sexuales e impulsos sexuales obsesivos, se sienten más tranquilos, más equilibrados y más dispuestos a tener relaciones con los demás. El tratamiento con el medicamento no influyen cualitativamente sobre el deseo sexual del sujeto, pero cuantitativamente reduce la intensidad de la libido permitiendo hasta en algunos de estos sujetos el tener relaciones sexuales normales.³⁵ Incluso, algunos autores refieren como efecto prioritario del medicamento la reducción del componente biológico de la sexualidad (erección y eyaculación) más que la psicológica (libido) y no reportan en los sujetos algún sentimiento de frustración debido a la discrepancia entre capacidad y deseo. Por el contrario al parecer de la mayoría el paciente se muestra más disponible al coloquio y, gracias a la menor ansiedad, aparece en mejor grado de afrontar el tratamiento psicoterapéutico.³⁶

Hasta aquí hemos establecido que el tratamiento antiandrogénico ejerce un efecto benéfico sobre el paciente, que podríamos definir terapéutico. Para tener una valoración completa es necesario, sin embargo establecer cuáles sean los límites del tratamiento, o bien, en qué condiciones o en qué sujetos es lícito intervenir farmacológicamente. En un artículo de la revista *American Journal of Psychiatry*, S. Halleck³⁷ establece el grave riesgo ético que corre la sociedad en el caso del tratamiento antiandrogénico. La definición de desviación puede ser extendida hasta justificar el tratamiento aun de los sujetos extravagantes e inofensivos, con el fin de tenerlos bajo control; o bien se puede ampliar el margen de los pacientes tratando en general a todos los violentos, ya

que la agresividad está ligada de algún modo a la actividad androgénica. Incluso en este último caso, si el medicamento fuera utilizado para controlar la violencia en general, y no sólo el comportamiento violento y desviado en el campo sexual, los límites del uso no político serían realmente difíciles de definir. Compartimos completamente las afirmaciones de Hallech;³⁸ por esta razón nos parece importante insistir en la necesidad ética de respetar el principio terapéutico, así como, la necesidad de intervenir médicamente sobre un órgano o una función que esté específicamente ligado a la enfermedad. En el caso del comportamiento sexual violento afectado de perversión, existe una patología y es la desviación sexual obsesiva-compulsiva y existe un medicamento que actúa sobre la hormona directamente implicada en el comportamiento sexual; por el contrario en el caso del comportamiento violento en general y no asociado a patología psíquica o neurológica, el antiandrógeno ejerce un efecto inhibitorio del todo específico sobre la agresividad. En este último caso, en nuestra opinión se trata de un acto manipulativo más que terapéutico; además, la terapia hormonal, en este contexto, no puede y no debe ser considerada como un tratamiento exclusivamente sintomático y por consiguiente a la medida de un ansiolítico, ya que influye profundamente, como lo hemos visto, sobre la sexualidad del sujeto, y es al contrario esencialmente a través de este efecto como consecuente e indirectamente se ejerce el efecto sedativo. Respeto al principio terapéutico exige también otra valoración desde el punto de vista ético; la relación riesgo/beneficio.³⁹ Claramente, ambos parámetros, o sea el riesgo y el beneficio, son referidos a la salud del sujeto bajo tratamiento.

Para este propósito la primera consideración que tomar es que todos los efectos colaterales conocidos por el uso de los dos medicamentos resultan reversibles, con excepción de la degeneración de los túbulos seminíferos descrita por algunos autores⁴⁰ con el empleo del MPA. Está claro que con este antecedente el medicamento será evitado en los casos de sujetos en edad fértil, mientras que no habrá objeción en el caso del sujeto anciano.

Conociendo los efectos del fármaco sobre la sexualidad (primero reducción de la libido, después de la capacidad de erección y finalmente del orgasmo), nos parece oportuno utilizar la dosis mínima del medicamento suficiente para inhibir el comportamiento sexual desviado,

como coadyuvante del tratamiento psicológico. En efecto los beneficios del medicamento se explican sobretudo al crear las condiciones óptimas para el tratamiento psicoterapéutico. En nuestra opinión, la respuesta del paciente al tratamiento va continuamente monitorizada a nivel biológico (dosis hormonales) y psicológicos (psicoterapia) y adaptada a la respuesta clínica, desde el momento que no existen criterios absolutos para establecer ni la dosis ni la duración del tratamiento.

Al tratamiento antihormonal va asociada, en cada caso, la psicoterapia, que continuará aún después de la suspensión del medicamento y que resulta indispensable para monitorizar los efectos y para actuar a nivel cognoscitivo sobre el paciente. De hecho para algunos sujetos los efectos positivos del tratamiento farmacológico permanecen, mientras para otros cesan al término de éste. En este último caso, la psicoterapia, cuyo primer contacto es proporcionado por el tratamiento endocrinológico, seguirá siendo el tratamiento elegido para continuar como terapia principal.

Lo dicho hasta ahora nos llevaría a pensar que el uso del tratamiento antiandrogénico en el caso de sujetos que manifiestan un comportamiento demasiado y violento sea útil y lícito como apoyo a la cura psicológica. Sin embargo, para sacar las conclusiones definitivas hace falta tener en cuenta dos factores; el tratamiento antiandrogénico va acompañado con otras modalidades terapéuticas; es obligatorio de todos modos proteger el derecho del paciente a expresar un consentimiento libre y con conocimiento del mismo. Por lo que respecta a las alternativas de tratamiento, los más conocidos son: la psicoterapia, la castración quirúrgica y el tratamiento en busca de respuesta adversa.⁴¹

Los resultados de la psicoterapia sola (psicodinámica, t. de comportamiento) son en general poco satisfactorios por la elevada carga de ansiedad que caracteriza a estos sujetos y por naturaleza obsesiva-compulsiva de la patología.⁴²

Prescindimos de la valoración del tipo de tratamiento psicológico más oportuno, porque estaría fuera de nuestra competencia. Nos importa, sin embargo, subrayar que de muchas partes ha surgido la duda de que el tratamiento por sí solo no proporciona evidencias convincentes de su eficacia.⁴³

La castración quirúrgica no es aceptada éticamente por su carácter de irreversible y total; la intervención quirúrgica demoledora no permite

adaptar el grado de inhibición hormonal a las exigencias de cada paciente y no permite a éstos de tener una vida sexual normal. La terapia en busca de respuesta adversa⁴⁴ suscita importante perplejidad de orden ético. El tratamiento adverso consiste en provocar una sensación física y psíquica muy placenteras (en general, mediante una descarga eléctrica o un mediamento que estimule el centro emético) al paciente, en el momento en el cual éste alcanza la excitación provocada por la observación de escenas de violencia sexual.

La terapia adversa es justamente definida por muchos como tortura más que terapia; se basa, en efecto, sobre la fobia que provoca en el sujeto tratado, y no representa ni un tratamiento etiológico o propiamente terapéutico, ni sintomático; diremos mas bien represivo (por lo demás, sólo en poquísimos casos), pero el método con el cual el final positivo es alcanzado se basa sobre el sufrimiento físico impuesto al sujeto; mejor dicho, es propiamente este sufrimiento lo que permite alcanzar el efecto deseado. No nos parece éticamente lícito alcanzar un fin positivo mediante las técnicas cuya esencia misma sea el sufrimiento físico y psicológico del paciente.

El psiquiatra J. Bancroft⁴⁵ considera otro punto importante desde el punto de vista ético; la relación médico-paciente. La psicoterapia, en efecto debería desempeñarse en un clima de respeto mutuo entre los dos. En este caso, al término de la terapia adversa, el paciente nota en los encuentros con el médico un sentimiento negativo, o bien puede enfurecerse en los encuentros con el terapeuta, o sentirse humillado por la experiencia tenida. Hasta este punto Bancroft⁴⁶ sostiene que el equilibrio de la relación pueda ser reconstruido solamente con la sucesiva discusión de las sensaciones provocadas al paciente, con el intento de compensar el efecto negativo provocado por la terapia adversa. En realidad, con este acercamiento, o la eficacia del tratamiento viene limitada, o bien los beneficios que se derivan son fruto de la dinámica de la relación más que la técnica adversa en sí.

Está claro, sin embargo, que en esta última situación incluso se recupera la dimensión humana; no es suficiente en recuperar la dimensión ética de la terapia.

Por lo que respecta al tema del consentimiento, es obvio que la elección del tratamiento debería ser voluntaria y conscientemente aceptada por el sujeto. La necesidad de pedir el consentimiento, más allá de ser de

ontológica y ética, es una necesidad médica; en efecto, como ya se ha mencionado antes, mientras más dispuesto y motivado esté el sujeto para aceptar el tratamiento, tanto más éste tendrá un efecto positivo y probablemente duradero.⁴⁷

Un dilema ético que encontramos en este ámbito atañe a la posibilidad de obtener el consentimiento por parte de los detenidos (presos).

En nuestra opinión, el tratamiento antiandrogénico no puede ser impuesto lícitamente a aquéllos que se encuentran encarcelados. De hecho la administración del medicamento no debe resultar en modo alguno un acto de castigo y por consiguiente de imposición, no sólo para salvaguardar la autonomía del paciente frente a la elección terapéutica, sino incluso para proteger principalmente la autonomía del médico. El médico, en efecto, se decide a prescribir el tratamiento sólomente teniendo una valoración objetiva del sujeto y de las circunstancias, o sea, según ciencia y conciencia permanece autónomo y libre de toda presión externa. Nos damos cuenta de las dificultades que surgen para obtener el control del comportamiento sexual en las cárceles; sin embargo, dada la naturaleza particular del medicamento, es necesario que el paciente responsablemente y por consiguiente con información adecuada, pueda elegir si acepta la administración en apoyo a la psicoterapia, y que junto con esto sea cuidadosamente informado de los riesgos y beneficios del protocolo terapéutico su defensor legal.⁴⁸

Para los sujetos privados de su libertad existe otra posibilidad, o sea admitir el medicamento como alternativa a la condena. En nuestra opinión, no es lícito proponer a los detenidos el tratamiento como alternativa, ya que es evidente la apeteabilidad de tal elección; por lo tanto, no se podría obtener un consentimiento verdaderamente libre, y la libertad del consentimiento es un requisito indispensable ya sea desde el punto de vista médico o ético.

Conclusiones

Por cuanto se ha dicho hasta ahora, el tratamiento antiandrogénico resulta lícito y útil solamente en los casos de sujetos que manifiestan un comportamiento sexual violento de tipo obsesivo-compulsivo, o que tengan niveles de testosterona arriba del nivel normal fisiológico, o que

muestren ambos síntomas de inicio. El diagnóstico del síndrome obsesivo-compulsivo debe ser proporcionado en todos los casos por un psiquiatra.

Nos parece esencial que la psicoterapia acompañe siempre y de todos modos al tratamiento endocrinológico, ya que este último se limita a reducir la intensidad de la libido, pero no actúa a nivel cognoscitivo y sobre la totalidad de la psique.

Una apreciación personal sugiere también, para estos sujetos, la necesidad de ayuda desde el punto de vista ético; adecuado respaldo morales indispensable para motivar conceptualmente al sujeto y para apoyarlo en sus dificultades. En particular hay pequeños problemas de conciencia con los cuales estas personas se pueden encontrar fácilmente, que no pueden ser resueltos por el médico y requieren la intervención de una persona específicamente competente.

Sostenemos que, en caso de que se decida efectuar un tratamiento antihormonal, será necesario adaptar el protocolo terapéutico (dosis y duración del tratamiento) a la respuesta clínica del individuo y monitorizar el efecto biológico del medicamento, mediante valoraciones periódicas de las concentraciones séricas de testosterona.

Nos interesa insistir en que es necesario buscar el consentimiento libre y conciente del paciente, después de haberle informado adecuadamente los riesgos y beneficios del medicamento, permitiéndoles, de todos modos, la oportunidad de decidir posteriormente si interrumpe la administración, aunque con las modificaciones oportunas sugeridas por el médico. El consentimiento, dada la particularidad del tratamiento, es requerido aun en el caso de individuos privados de su libertad; no nos parece éticamente aceptable imponer el tratamiento antiandrogénico o proponerlo como alternativa de la detención.

Finalmente, no nos atrevemos a aprobar ni el uso de medicamentos antiandrogénicos para curarlos comportamientos violentos no específicos en el sentido de la sexualidad, ni obviamente el recurso, en el caso de comportamientos violentos, sexuales o no, de la castración quirúrgica y la terapia adversa, que parecen tratamientos de zoológico.

Referencias bibliográficas

- ¹ ABEL G.G., BECKER J.V., SKINNER L.J., *Aggressive Behavior and Sex. Psychiat. Clin. N. Amer.* 1980; 3:133-151

² Ibid

³ Ibid

⁴ BRADFORD J.W., *Research on Sex Offenders*. Psychiat. Clin. N. Amer. 1983; 6:712-731

⁵ LASCHET V., LASCHET L., *Antiandrogens in the Treatment of Sexual Deviation in Men*. J. Steroid. Biochem. 1975; 6:821-826

⁶ Ibid

⁷ HORN H. J., *Administration of Antiandrogen in Hypersexuality*, del Handbook of Experimental Pharmacology vol II: Androgens and Antiandrogens. Heidelberg: Springer Verlag, 1974:543-561

⁸ TORPY D., TOMISON A., *Sex Offenders and Cyproterone Acetate a Review of Clinical Care*. Med. Sc. Law 1986; 4:279-282

⁹ LASCHET, LASCHET, *Antiandrogens...*

¹⁰ HORN, *Administration...*

¹¹ Ibid

¹² Ibid

¹³ Ibid

¹⁴ LASCHET, LASCHET, *Administration...*

¹⁵ BRADFORD, *Research on...*

¹⁶ Ibid

¹⁷ HORN H. J., *Role of Antiandrogens in Psychiatry*. En: Martini L., Motta M. Androgens and Antiandrogens. New York: Raven Press. 1977:351-355

¹⁸ HORN, *Administration...*

¹⁹ PINTA E.R., *Treatment of Obsessive Homosexual Pedophilia Fantasies with Medroxyprogesterone Acetate*. Biol. Psychiatry 1978; 13:369-373

²⁰ WINCZE J.P., BANSAL S., MALAMUD M., *Effects of Medroxyprogesterone Acetate on Subjective Arousal to Erotic Stimulation, and Nocturnal Penile Tumescence in Male Sex Offenders*. Arch. Sex. Behaviour 1986; 4:293-304

²¹ Ibid

²² Ibid

²³ Ibid

²⁴ Ibid

²⁵ HORN, *Administration...*

²⁶ BRADFORD, *Administration...*

²⁷ Ibid

²⁸ GAGNE, *Treatment of Sex Offenders with Medroxyprogesterone Acetate*. Am. J. Psychiatry 1981; 5:644-646

²⁹ BERLIN, MEINECKE, *Treatment of Sex Offenders with Antiandrogen Medication: Conceptualization. Review and Treatment Modalities, and Preliminary Findings*, Am. J. Psychiatry 1981; 5: 601-607

³⁰ SGRECCIA E., *Manuale di bioetica*. Milano: Vita e Pensiero 1988: 126-129

³¹ Ibid

³² Ibid pp. 129-131

³³ BERLIN, MEINECKE, *Treatment of Sex Offenders...*

³⁴ RABOCH J., CERNA N., ZEMEK P., *Sexual Aggressivity and Androgens*. Brit. J. Psychiat. 1987; 151:398-400

³⁵ GAGNE P., *Treatment of Sex Offenders...*

³⁶ Ibid

³⁷ HALLECK S. L., *The Ethics of Antiandrogen Therapy*. Am. J. Psychiatry 1981; 5:642-643

³⁸ Ibid

³⁹ SGRECIA E., *Manuale di...*

⁴⁰ VAN MOFFAERT, *Social Reintegration...*

⁴¹ REISENGER G, *Motivations Studied and Treatment Devised in Attempt to Change Rapist's Behavior*. J.A.M.A. 1987; 7:899-900

⁴² VAN MOFFAERT, *Social Reintegration...*

⁴³ MARSHALL W., L., BARBAREE H. E., *Sexual Violence*. En: HOWELLS K., HOLLIN C. R. *Clinical Approaches to Violence*. Chichester: John Wiley and Sons, 1989:205-246

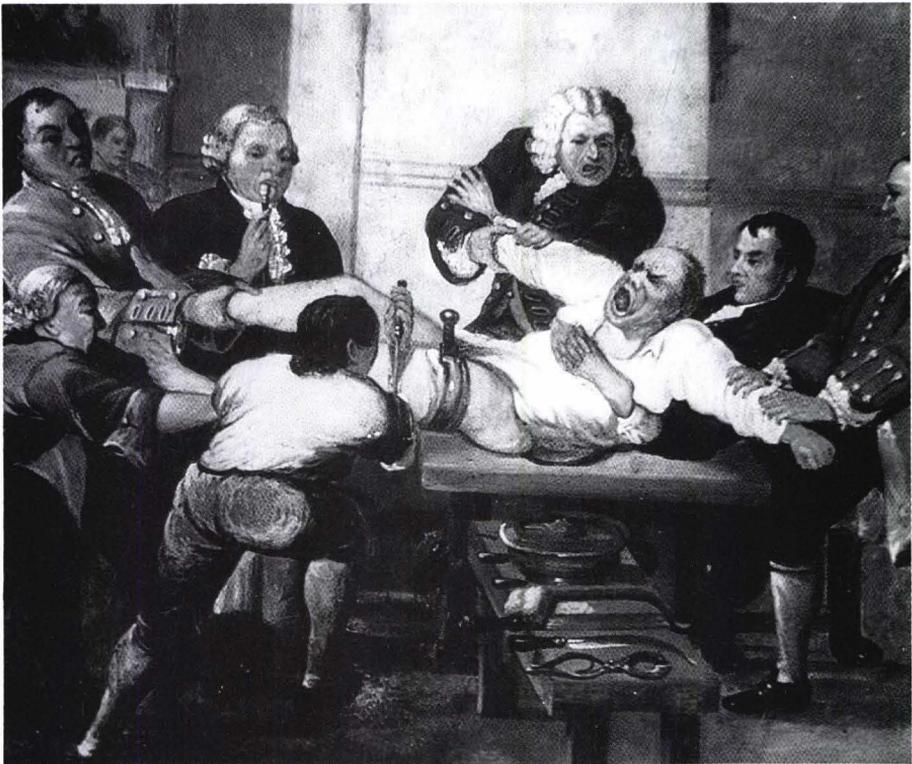
⁴⁴ REISENGER G, *Motivations...*

⁴⁵ BANCROFT, *Ethical Aspects of Sexuality and Sex Therapy*. En: BLOCK S., CHODODD P. *Psychiatric Ethics*. Oxford University Press, 1981:160-184

⁴⁶ Ibid

⁴⁷ GAGNE P., *Treatment of Sex Offenders...*

⁴⁸ Ibid



Amputación de pierna,
anónimo, mediados del s XVIII

Bioética de los principios y bioética de las virtudes: el debate actual en Estados Unidos

Laura Palazzani*

Resumen

La autora profundiza en el debate filosófico sobre la fundamentación ética de la Bioética en Estados Unidos, centrando la atención en el paradigma de los principios propuesto por T. L. Beauchamp y J. F. Childress y en las intervenciones crítico-integrativas aportadas a él por la Bioética de las virtudes. El debate se enmarca en el ámbito de la evolución de la reflexión filosófica que, reaccionando ante la abstracción y esquematismo de la teorización de los principios, recupera en el ámbito moral la categoría de la virtud, la cual presta mayor atención a la concreción poliédrica de la vida moral y a las motivaciones de la actuación. El artículo más evidente es la importancia de la recuperación del concepto de virtud en el debate actual de la Bioética como integración en la formulación de los principios que regulan el actuar biomédico, subrayando la necesidad de una profundización fundante en el plano de las justificaciones que sea respetuosa del valor central de la persona tanto en los principios como en el juicio último práctico.

El paradigma de los principios

En el ámbito de la discusión filosófica sobre la fundamentación ética de la Bioética en Estados Unidos, la orientación que ha prevalecido y que

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

mayor difusión ha tenido incluso a nivel internacional es la ética de los principios propuesta por T. L. Beauchamp y J. F. Childress en los *Principles of Biomedical Ethics*, que desde 1979 llegó ya a la tercera edición en 1989.¹

La búsqueda de una solución a la nueva problemática surgida en el contexto del progreso científico-tecnológico en el campo biomédico ha estimulado el desarrollo de una reflexión teórico-práctica. Los autores han elaborado un “paradigma” ético sobre una base racional dirigido a médicos, científicos y a cuantos operan en el sector sanitario-asistencial, a fin de ofrecer una referencia práctico-conceptual que pueda ayudarlos a enfrentar las cuestiones bioéticas. Ese paradigma se refiere en primera instancia a las teorías éticas (*ethical theories*) que justifican y sistematizan a nivel teórico un conjunto de principios y reglas (*principles and rules*) que guían el comportamiento y el juicio último práctico de la acción. El juicio o la deliberación de una particular acción sobreentiende una regla que se refiere a principios justificados, en último análisis, por teorías éticas.²

Tabla 1

TEORIAS ETICAS (justificación)	utilitarismo
PRINCIPIOS (guías generales de la acción)	deontología
NORMAS (guías específicas de la acción)	autonomía beneficialidad no maleficencia justicia
JUICIO ULTIMO PRACTICO (acción)	mantener las promesas ser leales decir la verdad, etc.

El diagrama (Tabla 1) ilustra los diversos niveles de abstracción desde el contexto específico práctico hasta la justificación ética general.

Es la experiencia moral (los conflictos y los dilemas morales) la que suscita y estimula la referencia a normas y a principios (proceso inductivo de generalización): la identificación de los principios implica, en segunda instancia, un proceso inverso de aplicación de éstos a la situación concreta.

Se trata, por tanto, de una ética aplicada a las “ciencias de la vida” y al “cuidado de la salud”,³ o mejor, de una ética normativa aplicada (*normative applied ethics*),⁴ en cuanto que aplica principios y normas éticas generales a la biomedicina.

Los puntos de mayor interés teórico de la propuesta de Beauchamps y Childress son, pues, la formulación de los principios y la justificación de éstos con base en las teorías éticas. Se trata de los muy conocidos cuatro principios del respeto de la autonomía (*principle of respect for autonomy*), del de la beneficencia (*principle of beneficence*), de la no-maleficencia (*principle of non-maleficence*) y de la justicia (*principle of justice*), interpretados y justificados en el contexto de dos tipologías de teorías éticas: la teoría utilitarista y la teoría deontológica.

No nos detendremos a analizar el contenido de cada uno de los principios, para centrar en cambio la atención en la estructura conceptual que los sostiene, a fin de hacer aparecer los “puntos débiles” evidenciados en forma crítica precisamente por las nuevas orientaciones en el campo bioético en Estados Unidos.

El significado de los principios se comprende refiriéndose, como se ha dicho, por un lado a la teoría deontológica y por el otro a la teoría utilitarista.⁵

La deontología, inspirada en la teoría kantiana del deber por el deber, fundamenta la obligación moral sobre el valor intrínseco de la acción, independientemente del concepto de bien y de la valoración de las consecuencias. La deontología a la que Beauchamp y Childress se refieren no es la deontología tal como la propone W. D. Ross;⁶ sino que se trata de una deontología pluralista que admite más deberes *prima facie* (que se identifican con los principios y las reglas), que deben ser balanceados en función de las circunstancias concretas a fin de captar el deber o el principio “emergente” (*overriding*) en esa situación determinada.

La teoría ética del utilitarismo, que se remite a la tradición empirista inglesa que a partir de D. Hume se ha expresado en el pensamiento de J.

Bentham y de J. S. Mill, identifica la razón y el objetivo de la vida moral con la promoción del “bien-estar”, evaluado con base en las consecuencias de la acción en función del cálculo de la maximización del bien y de la minimización del mal (en sentido colectivista: el mayor bien y el menor mal para el mayor número de personas), cuando el bien y el mal se definen en una perspectiva antropológica sensista con lo “placentero” (lo que debe preferirse) y lo “desagradable”(lo que se debe evitar). El utilitarismo al que Beauchamp y Childress se refieren no es el utilitarismo del acto o ética de la situación (el llamado *rule of thumb*), sino más bien el utilitarismo de la norma (*rule utilitarianism*) de W. Hooker y R. B. Brandt.⁷ No se trata, pues, de una concepción moral situacional que acepta como normativas solamente las *rules of thumb*, esto es, unas reglas que no obligan o prescriben, sino que se limitan a resumir lo que surge de la experiencia pasada al tratar el problema recurrente para guiar la acción. Los autores se refieren a la teoría utilitarista reconociendo algunas reglas generales que no pueden ser pasadas por alto a causa de exigencias que surgen en una situación particular. En otras palabras, el juicio acerca de la adecuación o inadecuación del acto individual se establece evaluando las consecuencias no de la acción particular en sí sino más bien de la acción en relación con un “código general” o con un “sistema de reglas” (*whole-code approach*) que se identifican con la maximización de la utilidad social.

Deontología pluralista, por un lado, y utilitarismo de la norma, por el otro, son las teorías éticas que justifican y defienden los principios: sin tales teorías éstos serían un elenco abstracto, arbitrario e injustificado.

Del paradigma de los principios al paradigma de la experiencia

Los principios de Beauchamp y Childress han tenido una notable difusión en el ámbito de la bioética (tanto norteamericana como internacional) en cuanto que se consideran exhaustivos y adecuados para su aplicación en el campo biomédico. Sin embargo, en la última década han aparecido en Estados Unidos nuevas orientaciones que se plantean como una crítica del “paradigma” de los principios (utilizando la terminología epistemológica de T. Khun),⁸ llamado también *principlism*⁹

o *principle-approach*. El paradigma de los principios que hasta ahora parecía ser suficiente para explicar y resolver los conflictos y los dilemas morales en la ética médica, presenta “anomalías”, como ponen de relieve algunos autores, que lo hacen objeto de discusión al pensar que es necesario un nuevo “paradigma”.

En primer lugar, los mismos autores Beauchamp y Childress ponen de relieve en el texto de qué modo la referencia a una teoría ética que justifique los principios, depende de ciertas concepciones del mundo y de la naturaleza del hombre (*factual beliefs*).¹⁰ Parece, pues, que además del nivel de las teorías éticas hay otro ulterior que se refiere a la metafísica (entendida en sentido amplio como concepción de la realidad) y a la antropología, niveles “meta-éticos”, que son sin embargo evidenciados como relevantes y no discutibles y profundizados por los autores.

La formulación de principios sin una antropología y una ontología que los fundamente y los justifique, los hace a estos mismos principios estériles, confusos y vagos. No se puede hablar de principio de beneficencia o de autonomía sin especificar lo que significa el bien de la persona y su derecho.¹¹

Un segundo punto puesto de relieve por la crítica se refiere a la incompatibilidad del utilitarismo y de la deontología,¹² al ser la primera una teoría ética teleológico-consecuencialista y la segunda una teoría ética deontológico-no consecuencialista. El utilitarismo considera el bien moral en función de la utilidad evaluada con base en las consecuencias de la acción. La deontología pluralista considera que también otros principios son obligatorios y no sólo el principio de la utilidad y de la maximización del placer, independientemente de la evaluación de las consecuencias de la acción.

Algunos autores que comparten el enfoque de Beauchamp y Childress y adoptan sus principios, los justifican con base principalmente deontológica¹³ o principalmente utilitarista.¹⁴

Por lo demás, los mismos autores reconocen la diferencia teórica de las dos teorías;¹⁵ y sin embargo, consideran que el utilitarismo de la norma y la deontología pluralista conducen a idénticos principios en el caso de la búsqueda de la solución de los conflictos morales. Pero desearíamos subrayar que esta afirmación resulta incoherente con todo lo que llevamos dicho: si se considera que la teoría justifica la práctica,

está claro que la diferencia en el plano teórico lleva a desacuerdos a nivel práctico. Piénsese en el problema de la distribución de los recursos: ¿habrá que considerar prioritario desde el punto de vista moral el utilitarismo social (teoría utilitarista) o el derecho y la autonomía de los individuos (teoría deontológica)?

Los mismos Beauchamp y Childress advierten estas anomalías en la aplicación de los principios en la práctica y justifican esta dificultad con base en la complejidad de los dilemas morales, más que en la incoherencia o en la incompatibilidad de las teorías.¹⁶

Según los autores, ninguna de las dos teorías tomadas en particular es completa, sino que el uso integrado de ambas puede garantizar una comprensión más adecuada de la vía moral y su aplicación a la biomedicina. Más aún, consideran que la diferencia entre los dos tipos de teorías es arbitraria y que no existe una ruptura entre teoría utilitarista y teoría deontológica, sino más bien una continuidad entre las interpretaciones extremas de las dos teorías.¹⁷

Vinculada con la crítica de la incompatibilidad entre ética teleológica utilitarista y ética deontológica es la crítica de K. D. Clouser y B. Gert. Los autores evidencian la falta de una teoría unificada y sistemática de la que se deriven los principios y que los conecte entre sí de modo armónico e integrado:¹⁸ tal ausencia da origen al conflicto entre los principios, conflicto, al decir de los autores, irresoluble. Todo principio, en efecto, no “resume” la teoría, sino que más bien esconde implícitamente diversas teorías contrastantes: es una especie de “sucedáneo” de la teoría que remite a diversas teorías para ser explicado. Clouser y Gert consideran que el enfoque de los principios es una fundamentación ética errada, que desconoce la naturaleza de la moralidad:¹⁹ los principios no “incorporan” la teoría, y por tanto no proporcionan una específica, coherente y comprensiva directriz de acción, sino que son “simples colecciones de sugerencias y observaciones, ocasionalmente conflictivas”;²⁰ son “ganchos” de los cuales “colgar discusiones elaboradas sobre diversos temas que a veces están superficialmente correlacionados”.²¹

No sólo los autores ponen de relieve la falta de una teoría ética unificada, sino que subrayan también que la necesidad de esa teoría es completamente oscurecida e ingorada por Beauchamp y Childress. Tal enfoque da lugar al relativismo en el campo ético y bioético (el llamado “síndrome de la antología”).²²

Además, al ser las teorías éticas llamadas en causa como justificación de los principios, parece que Beauchamp y Childress den prioridad a la formulación de los principios y que consideren secundaria la referencia a la teoría.

Una ulterior crítica al paradigma de los principios en Bioética se refiere a la inexhaustividad y la inadecuación de los principios por la explicación de la experiencia moral. En otros términos, la riqueza, la variedad y la poliedricidad de la vida moral no se pueden encerrar en el rígido esquematismo abstracto de los principios. Contra la abstracción de los principios se reivindica la prioridad de la experiencia moral para la fundamentación ética de la Bioética. Se critica, pues, el enfoque de los principios como no suficientemente comprensivo para la explicación de la realidad biomédica.

Beauchamp y Childress defienden su enfoque fundamentado en los principios, considerando que la experiencia moral y las teorías morales están dialécticamente vinculadas: por un lado, la teoría ilumina y aclara la experiencia y, por el otro, la experiencia “prueba” y verifica la teoría. Pero está claro que el paradigma de su premisa está más orientado a la aplicación de los principios a la experiencia, más que a la consideración prioritaria de la experiencia.²³

Una última observación se refiere a una característica intrínseca a la ética de los principios. Tal ética tiende a desarrollar una actitud pasiva de aceptación y de obediencia al “deber”, más que una actitud activa de compromiso moral y de compartición motivacional a la acción; una actitud de cálculo más que de creatividad; una uniformidad de la propuesta moral más que el reconocimiento de la peculiaridad de cada individuo.

La teoría ética de las virtudes: evolución del concepto

En las últimas dos décadas se ha venido difundiendo cada vez más en Estados Unidos un movimiento de reacción frente al paradigma de los principios en el ámbito de la reflexión bioética, movimiento caracterizado por la recuperación de la categoría moral de la virtud.

La ética de la virtud enfatiza la atención sobre la experiencia y sobre el agente, o mejor, sobre la experiencia del hombre como sujeto moral,

sobre la estructura motivacional y sobre la disposición de la persona que actúa y que en el acto manifiesta y potencia sus propias cualidades morales. Se pone de relieve la experiencia y el sujeto operacional más que el acto en sí, en la obligación y en los principios que guían la conducta humana.

La pregunta central de la teoría de la virtud (entendiendo la virtud en sentido moral) es la siguiente: ¿qué tipo de persona debería ser? ¿Cómo me debería comportar para actuar bien y ser (o hacerme) bueno?

Recordemos brevemente la evolución del concepto de virtud (examinando el pensamiento de los autores más significativos en la historia de la filosofía) para hacer emerger los elementos esenciales de la teoría y poner de manifiesto el significado en el ámbito biomédico en relación con el paradigma de los principios.

El concepto de virtud está presente en la reflexión filosófica occidental (aun cuando la reflexión sobre la virtud no se haya limitado al mundo europeo y occidental)²⁴ desde sus orígenes.

Sócrates indicaba por virtud (*areté*) aquella actividad o modo de ser que perfecciona al hombre y la identificaba con la "ciencia" y con el "conocimiento": la virtud es *sophia* y el vicio ignorancia.

Platón recogió la herencia socrática ampliando la consideración de la virtud (sobre todo en los últimos diálogos)²⁵ del individuo a la sociedad, en la cual el bien de la persona se hace realidad (noción comunitaria y no individualista de la virtud). Platón es el primero en plantear los problemas en torno a la virtud, que encontrarán su sistematización en el tratamiento aristotélico.

Es Aristóteles el pensador que dio mayor resalte a las virtudes. Supera al intelectualismo ético socrático-platónico, evidenciando que el objeto de la ética no es sólo el de conocer el bien, sino también y sobre todo el de ser buenos y de hacer el bien.²⁶ La virtud la define Aristóteles como "disposición del proponimento",²⁷ como *habitus* o cualidad estable del alma racional a actuar según el bien y el fin para la consecución de la felicidad y de la excelencia.²⁸

La virtud consiste para Aristóteles "en la mediedad respecto de nosotros mismos, definida por la razón y como el hombre sabio la determinaría":²⁹ el criterio interno, por tanto, para valorar la acción virtuosa es la medida, concepto típico del pensamiento griego. Aristóteles introduce una clasificación de las virtudes que será reanudada por

muchos autores. Distingue entre virtudes dianoéticas (o intelectuales) y virtudes éticas (o morales): las primeras disponen al sujeto para la verdad (ciencia, arte, sabiduría intuitiva y teórica), las segundas forman un buen carácter (temperancia, valor, justicia, generosidad). La prudencia (*fronesis*) (concepto que es ampliamente retomado por la Bioética contemporánea) conecta a las virtudes éticas con las virtudes dianoéticas, en cuanto que implica tanto la facultad teórico-intelectual (razón) como la facultad práctica (voluntad) en la acción.³⁰

Después de Artístoteles, el pensamiento estoico (sobre todo con Epictecto) aportó una contribución a la reflexión sobre la virtud principalmente por la conexión de la virtud con el problema religioso (la exaltación de la virtud como pura virtud, que hace al hombre semejante a un Dios) y con el ideal de la sabiduría, entendida como victoria de la razón sobre las pasiones (la imperturbabilidad o *atarasia*). El estoicismo introduce una concepción “deontológica” de la virtud en cuanto que considera el acto virtuoso digno de alabanza en sí mismo, independientemente de las consecuencias y del placer que se experimenta con él: la virtud como premio a sí misma está estrechamente vinculada con la idea kantiana de “deber”.

En el pensamiento medieval, Santo Tomás de Aquino retoma el concepto de virtud al interior de su propuesta metafísica teleológica: el marco en que se mueve no reniega ninguno de los valores humanos de la cultura clásica, aun cuando los interprete en un plano teológico-cristiano.³¹

Tomás de Aquino define a la virtud humana como “hábito operativo bueno”,³² se trata de un principio intrínseco del acto humano, de una cualidad permanente (modalidad o determinación del sujeto) en orden a la naturaleza, de una disposición (que reside en la potencia intelectual o apetitiva del alma) a hacer actos buenos, que “hace bueno a quien la posee y buena la acción que hace”. En otras palabras, actuar virtuosamente significa actuar “una perfección de una potencia” en orden al fin y al bien.³⁴

Santo Tomás retoma además la distinción aristotélica entre virtudes intelectivas (que define como *hábitos especulativos* en cuanto que residen en la potencia intelectual: sabiduría, ciencia, arte) y virtudes morales (o *hábitos apetitivos* en cuanto que residen en la facultad apetitiva: justicia, fortaleza, templanza), a las cuales añade las virtudes

teologales (fe, esperanza y caridad), distintas específicamente de las anteriores en cuanto que tienen por objeto a Dios y no son adquiridas por la práctica, sino “infundidas” directamente por Dios. Santo Tomás dedica a la prudencia un tratado a propósito³⁵ y la considera “virtud sumamente necesaria”. Para actuar bien, en efecto, es necesaria una “predisposición recta” o “recta ración” (*rectaratio*), un “discernimiento” en el cuidado de los medios ordenados al fin: al ser la prudencia una virtud intelectual-práctica, se inserta en la dinámica moral como comando y deliberación de lo que ha sido juzgado como bueno. La prudencia es, pues, la “rectitud del apetito”³⁷ que “perfecciona al hombre en el bien”.³⁸

En el pensamiento moderno posmedieval se asiste a una transformación del concepto clásico-medieval de virtud.

La decadencia de la metafísica y la reacción contra la teología escolástica lleva al “realismo” en la consideración de la naturaleza humana (T. Hobbes y el concepto de virtud como *self-interest*), a la psicología moral (D. Hume y F. Hutcheson identifican a la virtud con el “sentido moral”), a las teorías de los derechos (J. Locke), del deber (I. Kant), de las consecuencias (J. S. Mill), de la intuición (G. E. Moore, Platónicos de Cambridge), de los “principios *prima facie*” (W. D. Ross). Se llega a la formulación incluso de teorías éticas “anti-virtud” que niegan la importancia de las virtudes: piénsese en la teoría de N. Maquiavelo sobre la supervivencia del virtuoso, en B. Mandeville que paradójicamente considera el vicio como virtud necesaria y útil para la supervivencia de la sociedad, en J. Rousseau que opone la virtud a la sociedad, en F. Nietzsche que da un vuelco a la tabla de los valores y de las virtudes/vicios, en Ayn Rand que propone el nuevo concepto de “egoísmo virtuoso”.³⁹

Muchos autores han subrayado la “decadencia” de la teoría de las virtudes en el pensamiento moderno, localizando el motivo de ello por un lado en la negación del estado “subjetivo” en la argumentación y en la justificación moral y, por otro, en la orientación egoísta-relativista de la ética moderna.⁴⁰

Después de esta breve alusión a la negación de la virtud en el pensamiento moderno, desearía trazar sintéticamente las líneas de la recuperación de la categoría de la virtud en el debate de la filosofía moral contemporánea angloamericana (la llamada *ethics of virtue*), en cuanto que ha ejercido un notable influjo en las nuevas orientaciones en el

campo bioético estadounidense, en oposición al paradigma de los principios. La teoría de las virtudes se ha difundido entre los moralistas contemporáneos en correspondencia con el abandono de la teoría deontológica neo-kantiana y de la teoría teleológica utilitarista.⁴¹

Aun cuando la filosofía analítica rechazara inicialmente el tema de la virtud porque no lo consideraba fundamental en el ámbito moral, se advierte en la reflexión ética un renacimiento de la teoría de las virtudes según diversas perspectivas, que se pueden reducir esquemáticamente a dos orientaciones. Se advierte un retorno al concepto de virtud en una antropología metafísica (concepción de la realidad, del hombre y del bien en sentido objetivo); en muchos autores contemporáneos el renovado interés por la teoría de la virtud está en cambio vinculado al relativismo (concepción del bien en sentido subjetivo).⁴²

Entre los autores más significativos que retoman el concepto de virtud en clave metafísica recordamos a A. MacIntyre.⁴³ Este autor considera que el interés por la ética de las virtudes está condenado al fracaso en una sociedad pluralista que adolece de falta de consentimiento moral. Y propone, por tanto, la necesidad de recuperar la tradición aristotélica para la reconstrucción de la teoría de la virtud, fragmentada por la degeneración de la tradición moral, provocada por el liberalismo moderno individualista y por el emotivismo individualista.

Dentro de la orientación aristotélica, P. Foot en *Virtues and Vices* propone una visión “funcionalista” de la virtud: las virtudes consistirían en “características beneficiosas” (*beneficial characteristics*) requeridas allí donde hay una tentación de resistir o una mala motivación o intención de que hay que hacer buena.⁴⁴ La virtud, por tanto, corregiría (*corrective virtue*) la tendencia a actuar contra el bien “beneficiando”, (promoviendo) la capacidad del individuo y de la sociedad de reconocer el bien y comprometer a la voluntad. A la perspectiva funcionalista se adhiere también G. H. Von Wrhigt que atribuye a la virtud en sentido estoico la función de controlar las pasiones (*self-control*) y “corregir” las emociones guiando el juicio de manera desapasionada.⁴⁵ J. D. Wallace, en la misma línea, define el valor de las virtudes con referencia a la función y al papel que desempeña en la vida, y más en concreto la capacidad de actuar racionalmente contra ciertas inclinaciones.⁴⁶

P. Geach introduce la consideración de la virtud en la perspectiva teleológica aristotélico-tomista: la virtud es concebida como “guía” y

“directriz” necesaria para el hombre con el objeto de hacer realidad el fin de la vida y la felicidad del ser humano.⁴⁷

G. C. Meilaender retoma la concepción teleológica, pero a diferencia de P. Geach, considera las virtudes como “directrices”, más que como “rasgos del carácter” (*traits of character*), esto es, caracteres disposicionales que determinan la visión de la vida, de sí mismos y del mundo.⁴⁸

J. Pieper recuerda la necesidad de una antropología teleológica para constituir la teoría de las virtudes. Y define a la virtud como “la capacidad de hacer realidad las mayores potencialidades de la naturaleza”.⁴⁹ La lista de las virtudes no se puede construir sobre un terreno neutro, sino que necesita de una teoría de la naturaleza del hombre y de una teoría del fin. La virtud requiere un compromiso constante e infinito del hombre hacia la perfección del ser.

Pero la vuelta a la teoría de las virtudes en la ética contemporánea no se identifica con la recuperación de la tradición aristotélico-tomista. El retorno a la teoría de las virtudes está vinculado también al relativismo: según esta orientación, los criterios apropiados para la determinación del bien son “criterios locales”, internos a las tradiciones y a las prácticas de toda sociedad local o grupo que se plantea la pregunta sobre el bien. Toda sociedad tendría su lista de virtudes: las virtudes reflejarían las tradiciones locales de la sociedad. La ética se volvería, pues, una “sociología del comportamiento”, una descripción de los valores presentes en la sociedad. Está claro que tal orientación es muy ajena a la búsqueda aristotélica del bien universal, que caracteriza objetivamente a la naturaleza humana más allá de las determinaciones espacio-temporales.⁵⁰

Uno de los representantes más significativos de esa orientación es S. Hauerwas. El autor considera que existe una pluralidad de nociones de virtud en cuanto que el concepto de virtud depende del contexto histórico y social vivido por el individuo en particular.⁵¹ Ser “virtuoso” significa, según él, afrontar una vida “aventurada”, adquirir capacidades racionales, lingüísticas y emotivas para tomar decisiones de la propia vida, incluso arriesgadas.

Esto implica por una lado la necesidad (por lo menos inicial) de la esperanza (*hope*) de que tal sacrificio tenga resultados positivos y, por el otro, la necesidad de una “narrativa” (*narrative*) que muestre que la vida sin ese riesgo sería menos interesante. La capacidad de ser virtuosos

“depende de la existencia de comunidades formadas por narrativas fieles al carácter de la realidad”.⁵²

Intérprete del funcionalismo de la teoría de las virtudes en clave relativista (y no teleológica) es E. L. Pincoffs.⁵³ El autor propone una teoría funcional-comunitaria de las virtudes: las virtudes serían una lista de cualidades o disposiciones (honestidad, sinceridad, fidelidad, etc.), que caracterizan dinámicamente al comportamiento humano (reacciones, actitudes y acciones) durante la vida. Tales propiedades “sirven”, es decir, tienen la función de proporcionar las motivaciones para “preferir” o “evitar” a las personas: las virtudes serían funcionales para el funcionamiento de la vida humana común. Desde ese punto de vista, el concepto de virtud es estrechamente dependiente del contexto histórico-social.

La relatividad de la virtud respecto del tiempo y del espacio la pone de relieve M. Slote.⁵⁴ Este autor considera que la noción de bien es absoluta, aunque subjetiva y contingente, y más en concreto piensa que depende del periodo de la vida vivido por el agente (*time/period relative*) y del mundo en el que vive (*world/space relative*). Algunos rasgos del carácter pueden ser virtudes en una determinada edad (por ejemplo, la prudencia es considerada la virtud de los adultos y no de los niños y de los adolescentes; la sabiduría es la virtud de la edad avanzada, etc.) y en determinados mundos (algunas virtudes en este mundo podrían ser vicios o defectos en otro mundo posible).

De esta breve reseña ejemplificada por la literatura sobre el significado de virtud surge la ambigüedad filosófica de ese concepto: es decir, éste sólo se comprende si se inserta en el contexto de una teoría ética del bien justificada, tanto si es de impronta metafísica-objetiva como si es de impronta relativista-subjetiva.

La ética de las virtudes y la bioética

La consideración teórico-filosófica del valor y del significado de la virtud en el ámbito moral está focalizando cada vez más la atención sobre la aplicación de esa teoría a un área específica de la actividad práctica.

La inserción de la ética de las virtudes en la ética profesional no es indudablemente un elemento nuevo. La ética de las virtudes tiene una

larga tradición en la ética profesional. Pensemos en Hipócrates (siglo v-IV a.c.), en Escribonio Largo (siglo I a.c.), en John Gregory (siglo XVIII), en Thomas Percival (siglo XIX) o en William Osler (principios del siglo XX).⁵⁵

Por lo demás, la teoría de las virtudes implica intrínsecamente la definición del fin y del bien de la acción específica, la profesión, caracterizada por la especificidad de la actividad, requiere desde el punto de vista ético la determinación de la finalidad (*telos*) y de los bienes (*goods*), de lo que hace que el acto sea bueno, que el acto, si se hace bien, haga al profesionista un buen profesionista.

Es la profesión sanitaria, en cuanto actividad específica “práctica”, la que en particular resulta apta para la aplicación de la ética de las virtudes. El “curar” y el “cuidar” es la actividad específica del médico y de la enfermera: si el médico y la enfermera “curan” y “cuidan”, son “buenos” (virtuosos) profesionistas en cuanto que su actuar hace realidad el fin específico intrínseco a la acción. Las virtudes son, pues, esos “rasgos del carácter” del agente que lo hacen “bueno”, que lo ayudan a hacer realidad el fin de la acción, que lo disponen a actuar bien.

En el debate bioético contemporáneo estadounidense la recuperación de la teoría de las virtudes está vinculada por un lado con el influjo del pensamiento moral, y por el otro, con el movimiento de reacción a los principios. Y son cada vez más numerosas las publicaciones en la literatura bioética que consideran la teoría de las virtudes idónea para la aplicación en el ámbito de la biomedicina.⁵⁶

Examinemos brevemente el pensamiento de dos autores representativos de dos orientaciones diversas de la Bioética de las virtudes.

E. D. Pellegrino es indudablemente uno de los autores más significativos en Estados Unidos de la orientación que se inserta en la tradición clásico-medieval.⁵⁷ Este autor considera que el concepto de virtud es un elemento esencial e ineludible en la vida moral en cuanto que la eficacia y la actuación de los principios depende de la disposición del carácter de quien actúa.⁵⁸ Sin personas virtuosas el sistema de ética general no puede tener éxito. Y tanto más en la profesión médica, en cuanto que la vulnerabilidad y la dependencia de la persona enferma respecto del médico hacen que éste deba confiar no tanto en sus derechos, cuanto en el tipo de persona que el médico “es”.

La profesión médica presenta intrínsecamente algunas características peculiares que conciernen a la relación médico/paciente, que originan una especie de “moralidad interna”: 1) el estado de vulnerabilidad, ansiedad, dependencia del paciente; 2) la desigualdad de las competencias; 3) las expectativas de confianza que el médico genera en quien se dirige a él; 4) la no propiedad del conocimiento médico (al tener el médico un deber para con la sociedad que le ha posibilitado adquirir los conocimientos médicos, permitiendo la invasión en lo “privado” mediante los experimentos, la disección y la autopsia de cuerpos humanos, etc.).

Pellegrino considera que la determinación de las virtudes del médico (*virtuous physician*) está estrechamente vinculada con la determinación del bien del paciente (*patient's good*), que constituye el fin prioritario del acto médico:⁵⁹ el médico virtuoso es, por tanto, aquél que está “habitualmente dispuesto” a actuar en pro del bien del paciente (cuando por *bien* se entiende: *a*) el bien clínico y biomédico; *b*) el bien percibido por el paciente; *c*) el bien del paciente como persona humana capaz de opciones racionales; *d*) el bien en sentido objetivo. Tales “disposiciones habituales”: son la benevolencia, la fidelidad a la confianza, la compasión, la empatía, la honestidad intelectual, la competencia, la prudencia. La elección misma de la profesión de médico o de enfermera implica una “promesa pública” de actuar en pro del bien del paciente: es una especie de “empresa moral” que implica la superación del egoísmo en el servicio altruista a los demás.

La atención se centra, pues, en el bien (*good*) del paciente (*beneficence* o virtud de la benevolencia) más que en la autonomía (*autonomy*) y en los derechos (*rights*) del paciente a la autodeterminación. En la relación médico/paciente, por tanto, la Bioética de las virtudes enfatiza el bien del paciente, más que la autonomía del paciente y la utilidad social que busca, en cambio, la Bioética angloamericana de los principios, como decíamos, respectivamente, de orientación deontológica y utilitarista. La “beneficencia” es, pues, la disposición del carácter que constituye el fundamento ético del cual dependen las otras virtudes y principios de la ética profesional. Sobre esta base ética, Pellegrino propone la prioridad de la consideración del bien del paciente respecto del interés personal del médico, así como la responsabilidad y el deber de garantizar la ayuda cuando el paciente está en peligro y la importancia en el plano educativo de la formación del carácter del médico.

En sentido opuesto aplica la teoría de las virtudes a la Bioética T. H. Engelhardt.⁶⁰ Según este autor, es virtuoso aquél que respeta la autonomía de los demás y su intento de alcanzar el bien: la tolerancia es la virtud cardinal en una sociedad secularizada dominada por el pluralismo. Teniendo cada individuo una visión diferente de la “buena” vida, cada uno debe desarrollar una “disposición” a tolerar y “simpatizar” con el otro. Estas virtudes son, pues, necesarias para sostener los valores morales. Es evidente que en ese contexto filosófico subjetivista-relativista las virtudes coinciden con el respeto de la autonomía del individuo.

Bioética de las virtudes y Bioética de los principios: confrontación teórica

El paradigma de las virtudes y el paradigma de los principios representan dos posibilidades diferentes para una fundamentación ética de la Bioética. Una evaluación teórica en profundidad de los caracteres esenciales de la categoría moral de la virtud pone de relieve las ventajas y los límites del uso de ese concepto en la Bioética. La teoría ética basada en las virtudes (*virtue-based theory*) respecto de la teoría de los principios (*principle-based theory*) pone una mayor atención en el agente, y por tanto en la voluntad, en la atención del acto: la bondad de la acción es evaluada en función de la motivación, de la disposición, de la calidad y del valor moral del sujeto, más que en las consecuencias (teoría utilitarista) y en el deber (teoría deontológica). Utilitaristas y deontólogos evalúan también ellos el carácter del agente, pero de una forma derivada respecto de la acción.

Esto implica que la ética de los principios sea más adecuada a la solución de los dilemas morales, en cuanto que evalúa la bondad del acto considerando las posibles decisiones entre alternativas: la ética de las virtudes considera en cambio las opciones moralmente secundarias respecto de la evaluación de la profundidad de la realidad moral del sujeto agente. Este aspecto parecería valorizar la ética de los principios respecto de la ética de las virtudes en Bioética, cuando la problemática moral concierne sobre todo a las opciones, decisiones y dilemas.⁶¹

La ética de las virtudes, además, desplaza la atención de la formulación y aplicación de los principios, reglas y normas, al análisis de la concreta

experiencia humana. La ética de las virtudes está más atenta a los matices de la vida moral, a las diversas, múltiples y cambiantes circunstancias de la situación contingente y cotidiana. El mismo Aristóteles pensaba que la virtud tiene que ser llamada en causa en la acción a fin de que “precisamente quien actúa examine la oportunidad de las circunstancias, como se hace también en la medicina o en la navegación”.⁶² La ética de las virtudes parece más adecuada para ser aplicada a lo cotidiano, que la solución de los dilemas morales y de los llamados “casos fronterizos” (*borderline cases*). La virtud ilumina la variedad y la riqueza de la dimensión humana de la vida moral, enfatizando el aspecto existencial y experiencial: los principios, en cambio, corren el riesgo de abstraerse en un rígido esquematismo incapaz de contener la heterogeneidad experiencial.⁶³

Si la teoría de los principios involucra primordialmente a la facultad racional e intelectual del conocer (los principios deben ser conocidos primero y luego aplicados), la teoría de las virtudes requiere un compromiso constante y continuo en la práctica, en el ejercicio del hacer, en los hábitos del comportamiento para la adquisición de la disposición y de la capacidad de “bien” obrar y para la formación de un “buen” carácter. La práctica de las virtudes requiere, pues, un compromiso moral activo personal que no se detiene en la pasiva obediencia exterior de los principios, sino que involucra global e interiormente al agente. La ética de los principios y del deber puede comandar la acción incluso sin “compartir interiormente”, sino sólo con una conformidad exterior y formal. En otras palabras, la virtud concierne al ser (y al hacer): los principios al saber (y al hacer).⁶⁴

Los principios implican obligaciones y por tanto la evaluación de la acción en función de la categoría acertado/errado (*right/wrong*); las virtudes en función de la categoría bien/mal (*good/evil*). Esto es, una acción es acertada o errada cuando es conforme o viola una norma o un principio; es buena cuando es virtuosa.⁶⁵

Pero la teoría de las virtudes, si se entiende en sentido exclusivo para una fundamentación ética de la Bioética, presenta algunas limitaciones, o mejor, necesita ser precisada e integrada, para una adecuada aplicación a la Bioética.

En primer lugar, la teoría de las virtudes implica la referencia a la teoría del bien y a la concepción de la naturaleza humana: no se puede

ser virtuoso y actuar bien si no se sabe qué es el bien y qué se entiende por bien de la persona. La virtud es una capacidad o habilidad que no puede ser ejercida sin una clara referencia al bien y a los valores.⁶⁶ La teoría de las virtudes implica necesariamente una fundamentación ética y antropológica preliminar y una definición del bien. Se comprende, entonces, la diversificación de las concepciones filosóficas de la virtud a la que nos hemos referido al delinear la evolución del concepto de virtud: este concepto asume un significado diverso según el contexto ético-filosófico al que pertenezca (objetivista o subjetivista-relativista). Se da, pues, una multiplicidad de definiciones de virtud en función de las diversas concepciones éticas del bien.

El uso de la categoría de la virtud, aunque puede parecer más simple que sistemas éticos complicados, esconde graves imprecisiones en el plano filosófico.

Es necesario establecer: cuáles son las virtudes (elaborar, pues, una lista de los rasgos caracterológicos o disposiciones "buenas"); cuántas (si una o muchas); si son muchas, en qué jerarquía y cuál predomina en caso de conflicto; cómo se adquieren (el problema de la enseñanza y de la educación en la responsabilidad, en la autodecisión consciente, etc.); qué facultad constituye su sede (intelecto, voluntad, sentimiento); qué relación se establece entre lo bueno y lo justo; qué relación subsiste entre el carácter del agente moral y la calidad de la opción moral (no siempre la buena disposición e intención equivalen a un comportamiento bueno: en ese caso, ¿absuelve la buena intención al agente de la responsabilidad de un acto no bueno?); ¿qué relación se establece entre aquél que lleva a cabo la acción y el efecto al que se dirige la acción (¿quién se beneficia: el agente o aquél que recibe el efecto de la acción?). Sobre todos estos puntos hay poco consenso y se da poca discusión a nivel filosófico.⁶⁷

La teoría de las virtudes, además, adolece de falta de especificación, no ofrece una clara guía de la acción, no dice cómo resolver dilemas morales específicos.⁶⁸ Esto lleva a una circuncialidad lógica: bien es lo que la persona virtuosa debería hacer; la persona es virtuosa si obra bien. Hay que definir, pues, el bien para romper el "impasse" lógico y proporcionar un contenido específico. La virtud impone el ser bueno; ¿pero qué debo hacer para ser bueno?

Sobre todo en Bioética, en la que el desarrollo de las nuevas tecnologías en la investigación biomédica pide a la ética proporcionar los criterios

para definir la licitud o ilicitud de ciertos comportamientos, la teoría de las virtudes parece dar indicaciones demasiado genéricas en cuanto a los contenidos de la acción. La ética utilitarista y deontológica considera en cambio prioritaria la indicación de qué acción debe llevarse a cabo y secundaria la virtud que debemos tener para llevarla a cabo.

Algunos autores entrevén un ulterior peligro de la teoría de las virtudes: la concentración en la virtud puede tentar a una actitud reflexiva sobre sí (*reflexive concern*), a una atención más sobre el desarrollo del propio carácter que sobre el otro al que se dirige la acción.⁶⁹ La teoría de las virtudes reforzaría, pues, la tendencia individualista de la ética contemporánea.

Delineadas las ventajas y los límites de la aplicación de la teoría de las virtudes a la Bioética, examinemos las propuestas presentes en la literatura de una integración del modelo de las virtudes con el modelo de los principios.

Algunos autores estiman que la no consideración de las virtudes no invalida la reflexión ética, sino que a lo más la hace incompleta. Esto es, podemos saber cómo comportarnos moralmente independientemente del conocimiento de las virtudes.⁷⁰ Estas tendrían un valor instrumental que ayuda a producir “buenas acciones”.

Otros consideran prioritario desde un punto de vista cronológico la formación ética de las virtudes respecto de los principios.⁷¹ Es, efectivamente, la formación del carácter la que permite reconocer algunas situaciones como éticamente problemáticas: las reglas y las normas morales juegan en cambio un papel relevante en la vida moral en estadios más avanzados.

La teoría “radical”, por el contrario, considera que la negación de las virtudes invalida la respuesta de cualquier otra cuestión moral en cuanto es necesaria la referencia a los motivos para juzgar la bondad de la acción.⁷² De esta orientación es la propuesta de G. E. M. Anscombe.⁷³ El autor considera que el “modelo legal” de la ética, esto es, la ética basada en los principios y en el deber (por tanto, en la obligación moral), está destinado a declinar en el pensamiento contemporáneo: ese modelo propone, en efecto, la referencia a un “legislador moral” (o autoridad moral), a aquél que plantea los principios y las obligaciones. Si el pensamiento católico identifica al legislador con Dios, el pensamiento laico ha intentado otros caminos, sustituyéndolo con la sociedad, la

conciencia, la naturaleza o el contrato social, llegando a problemas insuperables en el plano de la reflexión filosófica. Anscombe sugiere abandonar tal modelo y adoptar el “modelo de las virtudes” de Aristóteles. La filosofía moral necesitaría, según este autor, un “sustituto racional” que “sustituya” la norma moral: esta es la tarea en el ámbito de la reflexión moral de las virtudes.

La propuesta de la Bioética personalista

Dentro de una fundamentación de la bioética de impronta personalista ontologista, esto es, la que pone el respeto de la persona en el centro de la reflexión moral, el paradigma de los principios se integra con la teoría de las virtudes. Estas no deben ser vistas ni como autosuficientes para la construcción de un sistema moral ni como antitéticas del sistema basado en los principios y en el deber. La virtud puede ser considerada como una categoría indispensable para la teoría moral, pero no en sentido exclusivo, sino más bien integrado y complementario de los principios y las normas. La virtud no excluye los principios: no se da un conflicto interno entre virtudes y deber.

Más concretamente, si la Bioética se ocupa de la definición de los límites de licitud de la intervención del hombre en la vida física (humana y no humana),⁷⁴ implica una doble referencia: por un lado necesita de una fundamentación ética especulativa (fundamentación filosófica de los principios éticos) y por otro lado, una aplicación práctica (elaboración de normas y regulación inmediata del acto en la situación concreta particular).⁷⁵

Se trata, pues, de una progresiva practicización del saber: el elemento especulativo-teórico debe tener una función directiva-reguladora del actuar en general y del acto *hic et nunc*, en particular.

La Bioética personalista se propone, por tanto, en primer lugar justificar la ética personalista (el valor central de la persona) como criterio de discernimiento entre lo que es técnicamente posible y lo que es éticamente lícito, sobre la base de una antropología ontológicamente fundada (el reconocimiento de la sustancialidad del ser de la persona) y de una metafísica finalista (el reconocimiento de la “ley natural” como orden de la realidad).⁷⁶ Sobre esta base, la Bioética personalista formula

los *principios* (el valor fundamental de la vida, el principio de totalidad o principio terapéutico, el principio de libertad y de responsabilidad y el principio de socialización y de subsidiariedad) y elabora las *normas* específicas en vista de las circunstancias y de la acción particular.⁷⁷

Es en el *juicio último práctico* del acto inmediato *hic et nunc*, esto es, en el momento ejecutivo de la moral, cuando se hace realidad el compromiso ético mediante la *virtud*.

Hay que precisar que la diferencia entre la Bioética angloamericana y la Bioética personalista no se refiere a la formulación de los principios, que en ciertos aspectos podrían estar cercanos: el principio de beneficencia con el principio terapéutico; el principio de justicia con el principio de solidaridad), sino más bien el nivel de la teoría ética. Si la escuela norteamericana interpreta y justifica los principios propuestos refiriéndose al utilitarismo y a la deontología *prima facie* (en un enfoque ético de tipo subjetivista), la Bioética personalista fundamenta los principios en una teoría ética objetivamente fundada, el personalismo ontológico.

Por consiguiente, en el ámbito de la Bioética personalista la virtud guía al juicio último práctico y apoya su cumplimiento: en particular la virtud de la prudencia (el *auriga virtutum* aristotélico) guía el acto (en el caso específico de la Bioética, el acto biomédico). La prudencia presupone, como se ha dicho, en primera instancia el recto conocimiento práctico (el conocimiento de los principios y de la teoría ética) y en segunda instancia el recto operar (actuar), para querer lo que se ha juzgado como bueno. La disposición a actuar bien en la situación concreta particular implica a monte el conocimiento del bien. Dos son, pues, las facultades implicadas por la virtud de la prudencia: la facultad dianoética-intelectiva (la razón o hábito especulativo) y la facultad ético-práctica (la voluntad o hábito apetitivo).

La virtud implica, por consiguiente, la “predisposición recta” (*recta ratio*) que discierne en la situación inmediata la “buena” acción (es decir, el acto que resulta bueno para aquél que actúa y aquél que recibe la acción); el discernimiento implica el ejercicio de la razón (o mejor, de la razón práctica) que “controla” y “corrige” la voluntad o facultad apetitiva. La prudencia, acompañada de las otras virtudes prácticas (fortaleza, justicia y templanza), permiten la formulación del juicio último práctico, mediante la aplicación de los principios a la situación particular, y apoyan el compromiso operativo.

La virtud, por tanto, integra la evaluación de lo que está bien con la ejecución del acto. El esfuerzo del ejercicio de la virtud permite la formación de una cualidad permanente “buena”, de una armonía interior que consiente acercarse más fácilmente a la verdad y al bien, rechazando las “tentaciones” externas.

La propuesta de integración principios/virtud en el ámbito de la fundamentación ética (en el marco de la Bioética personalista)⁷⁸ permite mediar e interrelacionar en la dinámica moral el momento especulativo-teórico (la justificación y la formulación de los principios) con el momento práctico del acto concreto (el ejercicio de las virtudes); el momento deóntico (la obligación moral), con el momento arético (el valor moral).

Tabla 2

TEORIA ETICA (justificación)	personalismo ontológicamente fundamentado
PRINCIPIOS (guías generales de la acción)	valor fundamental de la vida principio de totalidad o terapéutico principio de libertad y responsabilidad principio de socialización y subsidiariedad
NORMAS	guías específicas para la acción
JUICIO ULTIMO PRACTICO	virtud: prudencia, justicia, fortaleza, templanza

La integración principios/virtud permite proponer mediante los principios una directriz general, objetivamente fundamentada, evitando el riesgo del emotivismo subjetivista (de la definición del bien con criterios “locales” y contingentes), de la falta de sistematización y de especificidad en la indicación del contenido del acto; mediante las virtudes permite motivar la actuación de un compromiso ético activo y constante, poniendo la atención en el agente y en la concreta y rica experiencia moral, evitando el rígido esquematismo de los principios, la actitud pasiva de obediencia y balanceando en la evaluación de la bondad del acto las intenciones y las consecuencias.

Los principios proporcionan las indicaciones generales del comportamiento: las virtudes permiten el reconocimiento del comportamiento bueno, la motivación de la obediencia a los principios, la interiorización de la norma y la actuación del deber. Entre principios y virtudes se establece una relación de reciprocidad: el reconocimiento y la actuación del deber es posible si se es virtuoso; si se es virtuoso se respetan, se reconocen y se aplican en la práctica las obligaciones morales. La virtud moral es, pues, la disposición a actuar de conformidad con las obligaciones morales.

Es importante, por consiguiente, que la reflexión ética en Bioética no se concentre ni sólo en los deberes ni sólo en las obligaciones y en los principios, sin considerar los motivos, las virtudes y los valores. La consideración de la experiencia moral es, en efecto, incompleta si no se refiere tanto a la objetividad de la verdad y del bien (el bien del ser humano) cuanto a la subjetividad del comportamiento (la motivación del acto *hic et nunc*).⁷⁹

Referencias bibliográficas

¹ BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York, Oxford: Oxford University Press, 1989. Sobre la ética de los principios véase también: BEAUCHAMP T. L., Walters L., *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont (Cal.): Wadsworth, 1989; BEAUCHAMP T. L., McCULLOUGH L. B., *MEDICAL ETHICS: THE MORAL RESPONSABILITIES OF PHYSICIANS*, Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1984; BEAUCHAMP T. L. *Philosophical Ethics: an Introduction to Moral Philosophy*, Nueva York: McGraw-Hill, 1982; CHILDRESS J. F., *Who Should Decide?: Paternalism in Health Care*, Nueva York: Oxford University Press, 1982.

² BEAUCHAMP, CHILDRESS, *Principles...*, p. 7.

³ REICH W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York: The Free Press, 1978, vol. I, p. XIX.

⁴ bch, *Principles...*, p. 9.

⁵ La distinción tipológica entre teoría utilitarista (teleológica) y teoría deontológica (no consecuencialista) la reanuda BROAD C. D. (*Five Types of Ethical Theories*), Londres: Routledge and Kegan Paul, 1930), que utilizó tales categorías para distinguir teorías antiguas y modernas.

⁶ ROSS W. D., *The Right and the Good*, Oxford: Clarendon Press, 1930 y del mismo autor *The Foundations of Ethics*, Oxford: Clarendon Press, 1939.

⁷ HOOKER W., *Physician and Patient: or a Practical View of the Mutual Duties, Relations and Interests of the Medical Profession and the Community*, Nueva York: Baker and Scribner, 1849; BRANDT R. B., *A Theory of the Good and the Right*, Oxford: Clarendon Press, 1979. En cambio, un autor representativo de la corriente del utilitarismo del acto (*act utilitarianism*) es

SMART J. J. C., *An Outline of a System of Utilitarian Ethics*, Melbourne: University Press, 1961.

⁸ KHUN T., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Turin: Einaudi, 1982. Véase también REICH W. T., *La bioetica negli Stati Uniti*, en VIAFORA C. (a cargo de), *Vent'anni di Bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, Padua: Gregoriana, 1990: 129-175.

⁹ El término *principalism* indica el uso de los principios para resolver los problemas morales en la práctica médica.

¹⁰ bch, *Principles...*, p. 7.

¹¹ SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milán: Vita e Pensiero, 1991: 131-132.

¹² Dejamos a un lado, ahora, las críticas en particular sobre la inconsistencia del utilitarismo (SCHEFFLER S., *The Rejection of Consequentialism*, Oxford: Clarendon Press, 1982) y sobre la deontología (MACINTYRE A., *An Introduction to Ethics*, Baltimore: Penguin Books, 1973; DONAGAN A., *The Theory of Morality*, Chicago: University of Chicago Press, 1972), limitándonos a algunas indicaciones bibliográficas.

¹³ VEATCH R. M., *A Theory of Medical Ethics*, Nueva York: Basic Books, 1981; ID., *Medical Ethics*, Boston: Jones and Barlett, 1989; VEATCH R., WAKIN E., *Death and Dying*, Chicago: Claretian Publications, 1971. Cercano a la perspectiva deontológica está también el pensamiento de ENGELHARDT T. H. jr., *The Foundations of Bioethics*, Nueva York: Oxford University Press, 1986 (trad. it. *Manuale di Bioetica*, Milán: Saggiatore, 1991).

¹⁴ BRANDT R. B., *A Theory of the Good and the Right*, Oxford: Clarendon Press, 1979.

¹⁵ bch, *Principles...*, p. 45.

¹⁶ *Ibidem*, p. 64.

¹⁷ *Ibidem*, pp. 54 y 62.

¹⁸ CLOUSER, GERT, *A Critique...*, p. 227.

¹⁹ *Ibidem*, p. 220.

²⁰ *Ibidem*, p. 221.

²² *Ibidem*, p. 227.

²³ "Los principios... no proporcionan un sistema completo de la ética normativa general", pero sí "suficiente". BEAUCHAMP, CHILDRESS, *Principles...*, p. 15.

²⁴ Un ejemplo de reflexión sobre la virtud de la filosofía oriental se encuentra en los *Analecta* de Confucio, donde se enfatizan la benevolencia, la sinceridad y la humanidad y donde la virtud es definida como "mirar al fondo del corazón" y "actuar bien incluso cuando se está solo". Se vuelve a encontrar también en Lao Tze, quien propone la tolerancia, la sencillez y el altruismo y en Mencio que habla de "moralidad natural" de la humanidad.

²⁵ Platón examinó las virtudes sobre todo en el *Menón*, en el *Protágoras* y en el *Gorgias*. En los últimos diálogos (*República*, *Leyes*) centró la atención en particular en la virtud de la justicia.

²⁶ ARISTÓTELES, *Gran Etica*, I (A), 1, 1182 a 4-6 en *Obras*, Bari: Laterza, 1988, v. 8, p. 3. Para Aristóteles "ser bueno" significa "poseer la virtud" (*Gran Etica*, I (A), 1, 1181a 28 en *Obras*, v. 8, p. 3) y "ser nosotros mismos virtuosos" (*Gran Etica*, 1182a 22-25 en *Obras*, v. 7, p. 37).

²⁷ ARISTÓTELES, *Etica Nicomachea*, II (B), 6, 1106b 36 en *Obras*, vol. 7, p. 39. Aristóteles considera que "la virtud del hombre debe ser una disposición por la que el hombre se haga bueno y por la cual realice bien su propia tarea" (*Etica Nicomachea*, II (B), 6, 1160a 22-25 en *Obras*, vol. 7, p. 37).

²⁸ ARISTÓTELES, *Etica Nicomachea*, I (A), 13, 1102a 15-16 en *Obras*, vol. 7, p. 25; X (K), 7, 1177a 120-14 en *Obras*, vol. 7, p. 262.

²⁹ ARISTÓTELES, *Etica Nicomachea* II (B), 6, 1106b 37-1107a 1 en *Obras*, vol. 7, p. 40. "Por tanto, la virtud es una cierta mediedad, que tiene como finalidad el justo medio" (*Etica Nicomachea*, II (B), 6, 1106b 28-29 en *Obras*, vol. 7, p. 39).

³⁰ ARISTÓTELES, *Ética Nicomachea*, II (B), 1, 1103a 14-15 en *Obras*, vol. 7, p. 29; *Ética Eudemia* II (B), 1, 1220a 4 en *Obras*, vol. 8, p. 106.

³¹ Santo Tomás dedica dos tratados a las virtudes, precisamente *Los Hábitos* y *Las Virtudes*, después de haber considerado el acto humano en general (SANTO TOMÁS, *Suma Teológica*, I-II, qq. 49-70).

³² SANTO. TOMÁS, *Suma Teológica*, II, q. 55, aa. 2-3.

³³ *Ibidem*, II-II, q. 47, a. 3.

³⁴ *Ibidem*, I-II, q. 55, a. 1.

³⁵ *Ibidem*, II-II, qq. 47-56.

³⁶ *Ibidem*, I-II, q. 57, a. 5. Sto. Tomás incluye la prudencia entre las virtudes cardinales, junto con las virtudes morales, y afirma que “no puede haber virtudes morales sin la prudencia” (*Ibidem*, I-II, q. 58, a. 4). La prudencia es “esencialmente una virtud intelectual”, que no tiene una materia específica, sino que es aplicada a la materia de las virtudes morales en cuanto que establece y regula el “justo medio” de éstas.

³⁷ *Ibidem*, I-II, q. 61, a. 1.

³⁸ *Ibidem*, I-II, q. 63, a. 2.

³⁹ RAND A., *The virtue of selfishness. A New Ethics os Egoism* Nueva York: New American Library, 1985.

⁴⁰ THOMAS G. F., *Christian ethics and moral philosophy*. Nueva York: Charles Scribner's 1955; HAUERWAS G. F., *A community of character. Toward a constructive christian social ethics*, Notre Dame (Ind.) Londres: University of Notre Dame Press, 1981: 117; HARTMANN N., *Ethics*. Nueva York: MacMillan, 1932, vol. II; BECKER L., *The neglect of virtue*, *Ethics* 1975, 85: 110-122.

⁴¹ CONLY S., *Flourishing and the failure of the ethics of virtue*, en FRENCH P. A., UEHLING T. E., WEITSTEIN H. K., *Midwest studies in philosophy*, Volume XIII *Ethical Theory: Character and Virtue*, Notre Dame (Ind.): University of Notre Dame Press, 1988: 83-96.

⁴² NUSSBAUM M. C., *Non-relative virtues: an aristotelian approach*, en FRENCH y otros (eds.), *Midwest studies...*, pp. 32-34.

⁴³ MACINTYRE A., *After virtue. Study in moral theory*, Notre Dame (Ind.): University of Notre Dame Press, 1981 (trad. it. *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*, Milán: Feltrinelli, 1988). Véase también MACINTYRE A., *Sophrosune: how a virtue can become socially disruptive*, en FRENCH y otros (eds.), *Midwest studies...*, pp. 1-11. MacIntyre distingue tres estadios del concepto de virtud: a) *practices*: la virtud es la cualidad humana adquirida, necesaria para hacer realidad los “bienes internos” de las actividades prácticas; b) *narrative concept of selfhood*: la virtud unifica la historia del individuo en la búsqueda del bien (la continuidad de la identidad personal se identifica con la unidad narrativa que vincula la vida del individuo desde el nacimiento hasta la muerte); c) *moral tradition*: la virtud como búsqueda del bien necesita de una tradición moral. Véase también TORRESANI A., *Morale. La virtù e dopo*. Studi Cattolici 1990: 352: 428-439.

⁴⁴ FOOT P., *Virtues and vices and other essays in moral philosophy*, Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1978: 1-18.

⁴⁵ VON WRIGHT G. H., *The varieties of goodness*. Londres: Routledge and Kegan Paul; Nueva York: The Humanities Press, 1963: 136-154. Más moderada es la posición de ROBERTS R. C. (*Will power and the virtues*, *Philosophical Review* 1984, 93: 227-284) que considera algunas virtudes como “potencias de la voluntad” capaces de controlar las inclinaciones y HUDSON S. S. (*Character, traits and desires*, *Ethics* 1980, 90: 539-549) que considera que la persona virtuosa debe ejercitar la capacidad o “fuerza de voluntad” de actuar contra las tentaciones. La virtud se vuelve una especie de motivación del autocontrol (BRANDT T. R. B., *The structure of virtue*, en FRENCH y otros (eds.), *Midwest studies...*, pp. 64-82).

- ⁴⁶ WALLACE J. D., *Virtues and Vices*, Ithaca, Londres: Cornell University Press, 1978: 9-11.
- ⁴⁷ GEACH P., *The virtues*, Cambridge: Cambridge University Press, 1977: 1-19.
- ⁴⁸ MEILAENDEWR G. C., *The theory and practice of virtue*, Notre Dame (Ind.): University of Notre Dame Press, 1984: Id., *The virtues: a theological analysis*, en SHELP E. E. (ed.), *Virtue and medicine. Exploration in the character of medicine*, Dordrecht: D. Reidel, 1985: 151-171.
- ⁴⁹ PAPIER J., *The four cardinal virtues*, Notre Dame (Ind.): University of Notre Dame Press, 1966: XII. Véase también del mismo autor: *Belief and faith*, Nueva York: Pantheon Books, 1963; *About Love*, Chicago: Franciscan Herald Press, 1974; *Über die Hoffnung*, Munich: Kosel Verlag, 1961.
- ⁵⁰ NUSSBAUM, *Non-relative virtues*,... pp. 32-51.
- ⁵¹ HAUERWAS, *A community of character*..., p. 115.
- ⁵² *Ibidem*, p. 116.
- ⁵³ PINCOFFS E. L., *Quandaries and virtues. Against reductivism in ethics*, Lawrence (Kansas): University of Kansas, 1986: 73-11; *Two cheers for Meno: the definition of the virtues*, en SHELP (ed.), *Virtue and medicine*..., pp. 111-131.
- ⁵⁴ SLOTE M., *Goods and virtues*, Oxford: Clarendon Press, 1983: 39-59.
- ⁵⁵ Para un encuadramiento histórico de la evolución de la ética de las virtudes en la ética médica véase la primera sección del volumen de SHELP (ed.), *Virtue and medicine*..., particularmente las siguientes colaboraciones: FERGREN G. B., AMUNDSEN D. W., *Virtue and health/medicine in pre-christian antiquity*, pp. 3-22; AMUNDSEN D. W., FERGREN G. B., *Virtue and medicine from early christianity through the sixteenth century*, pp. 23-61; McCULLOUGH L. B., *Virtue, etiquette, and anglo-american medical ethics in the eighteenth and nineteenth centuries*, pp. 81-92.
- ⁵⁶ PUTMAN D. A., *Virtue and the practice of modern medicine*, Journal of Medicine and Philosophy 1988, 13 (4): 433-443; FREDRICKSON D. S., *On the cultivation of virtue*, Mayo Clinical Proceedings 1983, 58 (10): 660-662; CENTER FOR APPLIED ETHICS, *Ethics and virtue*, Issues in Ethics 1988 (1 (3): 2); CAPLAN A. L., *Professional ethics: virtue and vice*, Jewish Social Work Forum 1986, 22: 1-14; CAMERON N. M. DE S., *Virtue in question*, Ethics and Medicine 1986 2 (1): 1; MAY W. F., *The physician's covenant*, Filadelfia: The Westminster Press, 1983. Véase la sección III del texto de SHELP (ed.), *Virtue and Medicine*, dedicado a la virtud en el ámbito médico.
- ⁵⁷ Las publicaciones de E. D. PELLEGRINO sobre estos temas son innumerables. Citamos sólo las más significativas: *A philosophical sources of medical morality*, Journal of Medicine and Philosophy 1979, 4 (1): 1-7; *The Caring Ethics: the Relationship of Physician to Patient*, en BISHOP A. H., SCUDDER J. R., *Caring, Curing, Coping: Nurse-Physician-Patient Relationships*, Alabama: The University of Alabama Press, 1985: 8-30; *Philosophical groundings for treating patient as a person: a commentary on Alasdair MacIntyre*, en CASSELL E. J., SIEGLER M. (eds.), *Changing values in medicine*, Frederick (MD): University Publications of America, 1985, pp. 97-104; *Professional ethics: moral decline or paradigm shift?*, Religion and Intellectual Life 1987, 4 (3): 21-45; *Altruism vs. self-interest: ethical models for medical professions*, NYU Physicians 1988, 45 (1): 41-43; *Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions*, The Journal of Contemporary Health Law and Policy 1989, 5: 53-73; *Trust and distrust in professional ethics*, en PELLEGRINO E. D., VEATCH R. M., LANGAN J. (eds.), *Ethics, trust, and the professions: philosophical and cultural aspects*, Washington D.C.: Georgetown University Press 1991, pp. 69-89.
- ⁵⁸ PELLEGRINO E. D., *The virtuous physician, and the ethics of medicine*, en SHELP (ed.), *Virtue and medicine*..., pp. 237-255.
- ⁵⁹ PELLEGRINO E. D., THOMASMA D. C., *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care*, Nueva York, Oxford: Oxford University Press, 1988. Véase de los mismos autores

también *A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions*, Nueva York, Oxford: Oxford University Press, 1981.

⁶⁶ ENGELHARDT, *The foundations...*, pp. 382-385.

⁶¹ BEAUCHAMP, CHILDRESS, *Principles...*, pp. 374-385.

⁶² ARISTÓTELES, *Ética Nicomachea*, II (B), 2, 1104 a 9-11 en *Obras cit.*, v. 7, p. 32.

⁶³ NUSSBAUM, *Non-relative virtues...*, pp. 31-52.

⁶⁴ MEILAENDER, *The theory...*, p. 5.

⁶⁵ THAYLOR R., *Ancient wisdom and modern folly*, en FRENCH y otros (eds.), *Midwest studies...*, pp. 54-63.

⁶⁶ SGRECCIA, *Manuale di bioetica...*, pp. 105-110.

⁶⁷ VEATCH R. M., *Against virtue: a deontological critique of virtue theory in medical ethics*, en SHELP (ed.), *Virtue and Medicine...*, pp. 329-345; BEAUCHAMP, CHILDRESS, *What's so special about the virtues?*, *ibidem*, pp. 307-327.

⁶⁸ PELLEGRINO, *Character, virtue...*, cit.

⁶⁹ WILLIAMS B., *Utilitarianism and moral self-indulgence*, en LEWIS H. D. (ed.), *Contemporary british philosophy*, Londres: George Allen & Unwin, 1976: 306-321; SOLOMON, D., *Internal objections to virtue ethics*, en FRENCH y otros (eds.), *Midwest studies...*, pp. 428-441.

⁷⁰ VEATCH R. M., *The danger of virtue*, *Journal of Medicine and Philosophy* 1988, 13: 445-446.

⁷¹ KUPPERMAN J., *Character and ethical theory*, *ibidem*, pp. 115-125.

⁷² BAIER K., *Radical virtue ethics*, *ibidem*, pp. 126-135.

⁷³ ANSCOMBE G. E. M., *Modern moral philosophy*, en *The Collected Philosophical Papers of G. E. M. Ascombe. Ethics, Religion and Politics*, Minneapolis: University of Minnesota Press, 1981; STOCKER M., *The Skizophrenia of Modern Ethical Theories*, en KRUSHWITZ R. B., ROBERTS R. C. (eds.), *The Virtues. Contemporary Essays on Moral Character*, Belmont (California): Wadsworth Publishing Company, 1987, pp. 36-45.

⁷⁴ SGRECCIA, *Manuale di Bioetica...*, pp. 25-53.

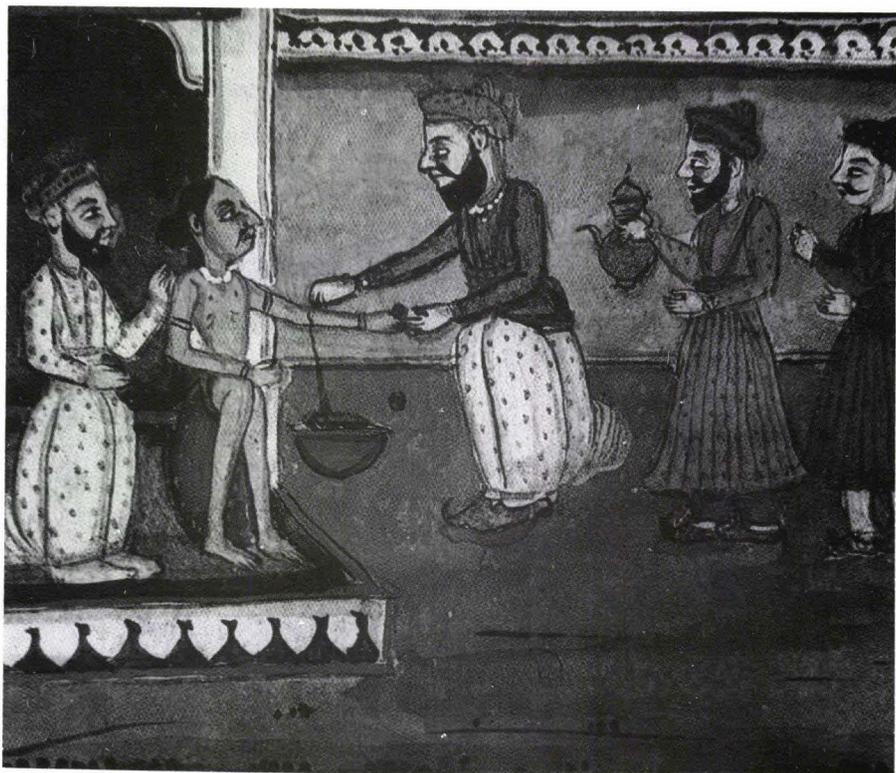
⁷⁵ Véase PALANZZANI L., *Modello argomentativo per una valutazione etica in Bioetica*, en prensa a cargo de la Fundación Lanza de Padua.

⁷⁶ SGRECCIA, *Manuale di Bioetica...*, pp. 105-136.

⁷⁷ *Ibidem*, pp. 105-136.

⁷⁸ La propuesta de una integración principios/virtud ha sido hecha también por FRANKENA W., *Beneficence in an Ethics of Virtue*, en SHELP E. E. (ed.), *Beneficence and Health Care*, Dordrecht: Reidel, 1982, pp. 63-81; GEWIRTH A., *Rights and Virtues*, *Review of Metaphysics* 1985, 38: 751.

⁷⁹ SGRECCIA, *Manuale di Bioetica...*, p. 110; ALDERMAN H., *By Virtue of a Virtue*, en KRUSHWITZ, ROBERTS (eds.), *The Virtues...*, pp. 46-65.



Desangrado,
ilustración de manuscrito persa, s XVIII

Ética de las tecnologías instrumentales en medicina

*Salvino Leone**

Resumen

La oferta de nuevas y cada vez más sofisticadas tecnologías instrumentales en Medicina requiere una constante atención hacia las implicaciones éticas que todo nuevo método instrumental comporta. Dichas implicaciones son analizadas en relación con el medio tecnológico, con el enfermo que se somete a él, con el agente sanitario que hace uso de él, con la sociedad que en cierta medida condiciona su utilización. Finalmente, se analiza la compleja cuestión del control tecnológico sacando en conclusión por último algunas orientaciones éticas.

Problemas éticos relativos al medio tecnológico

La relación costos-beneficios. El primer problema que plantea un nuevo medio tecnológico es el relativo a los efectos benéficos que de él se esperan en relación con los riesgos que comporta. Ante todo, hay que desterrar la idea, por un lado, de que existen métodos totalmente carentes de riesgos, y por el otro, que un determinado medio de investigación o de terapia sea absolutamente “dañoso”.

En cuanto al primer aspecto de la cuestión se puede decir que toda investigación, como cualquier otra terapia, comporta riesgos,

* Profesor de Medicina Social en la Escuela de Servicio Social “S. Silvia” de la Universidad “Maria SS. Assunta”, de Roma.

complicaciones, efectos colaterales. La decisión de someter al paciente a una determinada investigación es siempre fruto de un balance: de los riesgos por una parte, de los beneficios por la otra.

Pero ya en el plano semántico tal relación es origen de controversias. Se hace observar, en efecto, que las dos magnitudes (riesgos y beneficios) no se pueden confrontar entre sí.¹ En realidad, mientras el riesgo constituye un evento en sí potencial y no constante, el beneficio representa el fin propio, directamente buscado y, en cierto sentido “obligado”, de la investigación médica. Más correcto, entonces, sería hablar de *daños/beneficios*. En realidad, también esto me parece reductivo en cuanto que pone el acento unilateralmente en el dato negativo del “daño” sin colocar en el platillo de la balanza elementos no necesariamente nocivos pero cuyo “peso” hay que confrontar con el de los beneficios. En ese sentido, el término genérico y omnicomprensivo de “costos” podría parecer más adecuado. El único inconveniente lo presenta el contexto económico al que inevitablemente remite la expresión. Baste pensar que la ICRP (International Commission Radiological Protection), al expresar en términos de ecuación matemática la relación costos/beneficios, calcula las variables de los “costos” siempre en términos económicos incluso cuando éstos están constituidos por el daño para la salud humana.²

En realidad, en los “costos” debemos incluir el malestar físico para el paciente, la incidencia en términos económicos, la posibilidad de error, los efectos colaterales propios de cada método, la calificación del agente, la problemática psicológica que puede comportar. Desde un punto de vista general los costos pueden reducirse a dos principales factores de riesgo: el factor *instrumento* y el factor *hombre*, que en un plano ideal desde el punto de vista ético, deberían estar entre sí en relación inversa matemáticamente expresable en la fórmula $R_s = 1/F_u$, en la cual R_s es el riesgo vinculado al instrumento y F_u el vinculado al factor hombre.³

En los beneficios, por otra parte, no hay que ver sólo la curación sino también la mejoría, una más aceptable calidad de vida, una menor incidencia de efectos colaterales respecto de otros métodos, la posibilidad de evitar daños mayores, una mejor gestión de la salud pública, etc.

La calidad ética de la decisión de someter al paciente a una determinada investigación o terapia técnicamente innovadora, no debe nunca por tanto surgir de consideraciones relativas sólo a la metodología ni sólo al

paciente, sino de una personalización de la técnica (efectuada con “ese” medio, por “ese” agente, en “esa estructura”) al paciente (o mejor a “ese” paciente).

La tabla 1 resume esquemáticamente lo que llevamos dicho.

Tabla 1

COSTOS	BENEFICIOS
— Posibilidad de error vinculada al método	— Resolución terapéutica o mejoramiento de la calidad de la vida
— Complicaciones físicas	— Clarificación diagnóstica
— Malestar físico y/o psíquico	— Alternativa respecto de otros métodos de mayor compromiso
— Costo económico	

El error técnico. Entre los “costos” que una tecnología cualquiera puede implicar se ha incluido el del error. Dada la importancia que este problema comporta, creo oportuno dedicarle algunas palabras adicionales.

Como se sabe, toda investigación diagnóstica comporta un cierto número de *falsos positivos* y *falsos negativos*. El porcentaje de falsas positividades y de falsas negatividades, en paridad con otras condiciones (como la calidad del instrumental y del agente) son características de todo examen. En el plano ético esto implica: *conocimiento*: un test que tenga sólo el 3% de falsos positivos ofrece una confiabilidad muy diversa de otro que tenga el 30%; *previsión*: por tanto, habrá que “esperar” siempre que el test pueda ser erróneo, integrándolo en una evaluación más global del caso examinado; *discriminación*, identificando entre los diversos tests los que ofrecen el menor número de falsas positividades y falsas negatividades; *evaluación*: es el aspecto más importante en el plano ético. Si no se ha logrado obtener una determinación más cuidadosa, hay que sopesar atentamente las consecuencias de un tratamiento basado en una falsa positividad (tratar a un sujeto por una

enfermedad que no tiene) o sobre una falsa negatividad (no tratar a un sujeto que en realidad está afectado de esa determinada enfermedad).

Problemas éticos relativos al enfermo ante las nuevas tecnologías

Después de haber examinado los problemas éticos estrechamente vinculados con el medio tecnológico, hay que evaluar cuál es el impacto de éste en el enfermo, qué problemas suscita y cuál es el enfoque más adecuado por parte del agente sanitario.

Confianza. El primer aspecto a considerar se refiere a la confianza que comúnmente el paciente deposita en el medio tecnológico. Basta pensar en la trepidación con que sigue la espera del resultado. Ciertamente, gran parte de esta trepidación se debe al temor de un resultado infausto, pero más allá de esto hay que señalar la absoluta confianza por parte del enfermo en la objetiva validez del método. La posibilidad de la duda se insinúa sólo como esperanza cuando llega un resultado indeseado, o como temor fóbico cuando se teme que a pesar del resultado tranquilizador éste pueda estar "equivocado".

Sin querer inculcar escepticismo alguno, hay que inducir al enfermo a una evaluación más serena y equilibrada del resultado de un examen o del logro de una terapia, depositando su confianza no exclusivamente en el medio técnico sino en el hombre que lo usa y lo "maneja", sea éste una persona (médico de familia, especialista, etc.) o expresión de una colectividad sanitaria, como puede ser el equipo hospitalario.

Un segundo aspecto relativo a esta problemática se refiere a la seudoinformación médica que induce al paciente a una directa gestión del medio técnico. Es el caso de quien decide controlar el colesterol o tomarse una radiografía del cráneo porque sufre cefaleas. Uno de los ejemplos quizá más típicos y preocupantes de esta actitud lo tenemos con la litotripsia a menudo solicitada directamente por el paciente que, así, considera haber evitado la intervención quirúrgica.

Temor. En la vertiente opuesta, a tal confianza se añade el miedo. Miedo a un método que no se conoce (que se puede vincular, así, al temor a lo desconocido), miedo a un resultado que se teme, miedo al sufrimiento.

Se vuelve esencial, por tanto, la acción de tranquilizar por parte del personal sanitario. Esta debe abarcar por lo menos dos momentos.

El primero es el momento de la *información*. Hay que ser claros y exhaustivos. Por otra parte, esto lo exige la dignidad de persona del enfermo, que no puede ser tratado como simple “usuario” de unos cuidados o de una investigación médica, sino como protagonista, como sujeto activo y copartícipe en decisiones que le conciernen tan profundamente y que, por competencia, han sido delegadas en el médico.

El segundo momento está constituido por la *tranquilización*. Se trata de una tarea de lo más importante, difícil de llevar a cabo, a menudo minusvalorada y reducida simplistamente a un afectuoso golpecito en la espalda. La tranquilización parte de algunas premisas:⁴ la primera es la convicción de que todos los seres humanos, incluso aquéllos que parecen más seguros de sí mismos y autosuficientes, deben ser ayudados y por tanto necesitan, en el momento de la enfermedad, reforzar su seguridad; en segundo lugar hay que ser optimista acerca de los resultados de tal tarea, pues de lo contrario está destinada a fracasar de salida. Finalmente, hay que convencerse de que los esfuerzos por tranquilizar al enfermo, para que tengan una eficacia auténtica, requieren de tiempo. No podemos ilusionarnos con haber tranquilizado al paciente sólo porque le hemos explicado que “no es nada”. Para tranquilizar efectivamente, entonces, hay que hacerse cargo de las ansias y de los temores del enfermo, “comprenderlo” en el sentido verdadero del término, ponerse en su lugar. Para darle la serenidad que necesita debemos de alguna manera convertirnos en enfermo, para luego transmitirle desde su óptica (más que desde la de los “sanos”) una efectiva y no ilusoria serenidad.

Problemas éticos relativos al agente sanitario que usa una nueva tecnología

Hasta ahora hemos examinado a los dos principales interlocutores de la dialéctica tecnológica: el medio y el enfermo que se somete a él. Falta un tercer elemento: el agente sanitario que solicita, interpreta, ejecuta o asiste a la investigación de laboratorio o a la terapia. Los problemas que éste debe plantearse son múltiples.

Conocimiento. No tendría sentido todo el razonamiento hecho hasta ahora (costos/beneficios, error tecnológico, información del paciente) si

el agente sanitario no poseyera un buen conocimiento de la tecnología que está empleando. Conocimiento no significa sólo capacidad técnica de utilizar ese medio tecnológico sino dominio global del mismo según la clásica tríada de *saber, saber hacer y saber ser*.

Saber, ante todo; esto es, tener un pleno conocimiento teórico del medio, de sus posibilidades, de sus límites, de sus indicaciones, de los efectos colaterales. Tal obligación pesa no sólo (aun cuando sí mayormente) sobre el agente sanitario que directamente llevará a cabo la investigación de laboratorio o la intervención terapéutica, sino también sobre aquél que solicita tal procedimiento y que luego deberá de alguna manera coordinar los resultados.

Luego, saber hacer. No basta con tener un excelente conocimiento si después no se es capaz de actuarlo adecuadamente. No tendría sentido, en efecto, hablar de los problemas debidos al error vinculado con la técnica en cuanto tal, si luego éste se agravara por añadidura con un grueso componente de error técnico por impericia del operador.

Finalmente, saber ser. No es un aspecto para delegar al psicólogo o al asistente social sino para manejar en primera persona como parte integrante del acto médico. Sólo así el conocimiento teórico vuelto operatividad práctica puede ser adecuadamente participado al enfermo, ya no más objeto sino sujeto de cuidados.

Control. Con este término genérico definiría yo esa labor de atenta vigilancia que el agente sanitario debe orientar en dos direcciones fundamentales: el medio tecnológico por un lado, el paciente por el otro.

Ante todo, el medio tecnológico. A propósito de las "degeneraciones" acerca de la solicitud de litotricia, es el médico quien debe ser capaz de discernir orientando adecuadamente al paciente. A él le compete el reconquistar la autoridad necesaria para determinar la oportunidad de una investigación diagnóstica o de una intervención terapéutica, y ser capaz también de devolver esa conciencia al paciente.

Es precisamente este paciente el segundo término del problema, un paciente desorientado entre los medios de comunicación y las revistas para la salud, consejos de parientes y experiencias de amigos. El médico de hoy debe ser capaz de no permitir que se le adelanten, dejándose dominar a lo mejor por el cansancio inevitable que lo puede llevar a ceder a un requerimiento del paciente. Tal vez la mayoría de las veces será un requerimiento inocuo, pero es un criterio que pone las bases para una

distorsión del acto médico, convertido en pura ejecución de los deseos del paciente, como ya ha ocurrido tiempo atrás con las prescripciones terapéuticas o con el aborto voluntario.

Análogas consideraciones pueden hacerse para el personal enfermero que, aun no teniendo la directa responsabilidad de gestión de todo lo que hemos analizado, a menudo se ve implicado en una solicitud de “complicidad” con el paciente para plegar al médico a sus propios deseos. Todo esto, naturalmente, está muy lejos de esa justa y obligada gestión de la enfermedad, que no podemos ahondar en este momento.

Problemas éticos de la sociedad respecto de las nuevas tecnologías

No podríamos dar por concluido nuestro razonamiento si no se extendiera a una más amplia consideración en la que los tres protagonistas hasta ahora considerados—el medio técnico, el enfermo y el agente sanitario—no fueran vistos en la perspectiva de una sociedad que condiciona a varios niveles el uso y los problemas éticos vinculados con las nuevas tecnologías.

Los medios de comunicación. Se trata de un problema varias veces abordado en el curso de las anteriores argumentaciones. La incidencia de los medios de comunicación es tal que condiciona profundamente usos y costumbres sanitarias, necesidades y ofertas de salud.⁵ Hay que intervenir, entonces, cada uno en la parte que puede y le compete, a varios niveles. Ante todo, tratar de conocer adecuadamente lo que los medios de comunicación difunden, para secundarlo o, si es el caso, para contrarrestarlo. En segundo lugar, lograr crear esa corriente de opinión que luego los medios de comunicación canalizan y difunden. Finalmente, llevar a cabo un auténtico control de tales medios de comunicación, interviniendo de manera activa cerca de los directos responsables de la información cuando ésta se vea que está distorsionada o desorientada.

Interés social. Otro ámbito de intervención, esta vez estrictamente político, se refiere a las áreas de interés social que hay que suscitar en relación con determinadas innovaciones tecnológicas, de las que el Estado debe hacerse cargo a varios niveles. Uno de éstos concierne al ámbito de la cobertura económica. Como se sabe, muchos de los métodos diagnósticos o terapéuticos no gozan de subvención por parte

del Sistema Nacional de Salud, mientras siguen persistiendo todavía una gran parte de intervenciones cuya carga financiera corre por cuenta del Estado pero cuya validez es dudosa. El problema de la carga económica del método constituye un aspecto de fundamental importancia que no pocas veces, entrando en la evaluación de costos/beneficios, amenaza con hiperacentuar el balance a favor de los costos, evitando a lo mejor recurrir a un método en algunos casos no absolutamente esencial pero que podría revelarse útil para aclarar una duda diagnóstica o para la resolución de un cuadro patológico.

El control de la tecnología

Toda nueva tecnología comporta un "impacto" sobre la persona en particular que puede ser objeto de ella y sobre toda la sociedad, que se ve en la obligación de incorporarla al patrimonio de sus propias adquisiciones y de su propia cultura.

La entidad de tal impacto es tanto más grande cuanto más incide el tipo de tecnología utilizado sobre los comportamientos, sobre la salud, sobre el destino existencial del hombre.

Nace por tanto, espontáneamente, por parte de la colectividad humana, la exigencia de un control sobre el progreso y sobre el mismo camino de la tecnología.

El control de la tecnología se podría definir como *el estudio sistemático de los efectos sobre la sociedad que pueden obtenerse cuando es introducida una tecnología, extendida o modificada con particular referencia a los efectos que son involuntarios, indirectos o retardados*.⁶

Desde el punto de vista metodológico se considera que hay seis operaciones esenciales para evaluar la bondad de una innovación tecnológica:⁷

1. *Definir el ámbito de control sobre la tecnología que se quiere efectuar*; definir en particular si se quiere evaluar la tecnología en su totalidad o sólo en relación con determinado sector, como puede ser el campo del impacto social o un determinado límite temporal.

2. *Describir el "estado de la cuestión" relativo a la tecnología examinada*; por tanto, indagar atentamente las modalidades de ejecución,

los beneficios, las consecuencias, los márgenes de error, las perspectivas de mejoramiento, etc.

3. *Indagar sobre el contexto social en el que la tecnología se ubica*, es decir, sobre todas las implicaciones políticas, económicas, sociales, que de algún modo interactúan con la tecnología misma o con sus utilizaciones.

4. *Identificar las áreas de impacto*, es decir, identificar qué ámbito de la sociedad será mayormente afectado por esa tecnología determinada.

5. *Identificar la posible participación social*, esto es, evaluar todas las posibilidades que se ofrecen para potenciar los efectos positivos y contener los negativos de la tecnología en cuestión (legislación, financiamientos, difusión a través de los medios de comunicación).

6. *Orientar las acciones específicas del punto precedente hacia las áreas de impacto identificadas en el punto 4*. En cierto sentido, descender desde lo universal a lo particular, identificando, para cada sector específico que va a ser afectado por esa determinada tecnología, la acción más oportuna que sea capaz de potenciar sus beneficios y contener sus perjuicios.

Después de haber analizado este decurso metodológico ideal, hay que preguntarse cuántas veces, ante una innovación tecnológica, quien la propone primero y quien la debe actuar después (médicos, administrativos, políticos), se sitúan en esta óptica, y cuántas veces enfocan correctamente toda la problemática ética relativa al uso de una tecnología semejante.

Orientaciones éticas de conclusión

De todo lo que llevamos dicho surgen algunas orientaciones éticas fundamentales que quisiera expresar sintéticamente en forma de tesis, a manera de conclusión, y que deberían constituir los criterios de evaluación y de intervención de toda la problemática ética relativa a las nuevas tecnologías en Medicina.

1. Se requiere ante todo un adecuado *conocimiento* de los recursos tecnológicos que la Medicina contemporánea nos ofrece, sin indebidos agrandamientos de sus posibilidades reales, con una clara evaluación de los límites, de los márgenes de error, de las indicaciones reales, de los efectivos recursos del medio técnico.

2. Hay que encarnar luego ese conocimiento en un balance de *costos/beneficios*, personalizando la intervención en cada situación particular. En ese sentido la tarea del personal de enfermería puede ser de lo más importante. Estando, en efecto, en directo contacto con el enfermo, mucho más de cuanto lo está el médico, puede proporcionar a este último importantes elementos para la evaluación de la situación personal o familiar del mismo.

3. Por encima del medio técnico está siempre un hombre que sufre. Es esta una realidad que todo el personal sanitario debe tener constantemente presente en el momento en que ejecuta un procedimiento tecnológico. La máquina constituye sólo un potenciamiento de los recursos humanos para aliviar un sufrimiento. El médico que la requiere y la interpreta, el técnico que la ejecuta y la enfermera que asiste al enfermo mientras se halla funcionando, están cooperando en una intervención que tiene por protagonista al hombre y no el medio tecnológico.

4. Finalmente, y como criterio general y de conclusión, la evaluación última de la bondad de una tecnología, del acercamiento del agente sanitario a ella, del acercamiento al enfermo, debe ser el *bien total del hombre*. Es la regla de oro con la que inicié estas reflexiones y con la que ahora las concluyo. Tal vez parezca simplista, pero el punto fundamental que hay que tener presente es siempre el valor de la persona humana a la que se deben dirigir todos los esfuerzos. Sólo en esta perspectiva el acto tecnológico y la acción de quien lo pone por obra (médico, técnico) y de quien la asiste (enfermera), pueden constituir una válida actualización de ese espíritu humanitario que ha distinguido siempre a la Medicina.

Referencias bibliográficas

¹ IANDOLO C., *Significato, finalità e valori nella ricerca biomedica*. Actas del Seminario de Estudio AMCI-Smith Kline sobre "Ética en la investigación biomédica", Roma 29-30 septiembre 1989 (en prensa).

² La fórmula en este caso es la siguiente: $B = V - (P + X + Y)$, en la que B es el beneficio neto producido por la actividad considerada; V el beneficio bruto producido por la misma actividad; P el costo de producción del bien producido; X el costo de la protección de las radiaciones ionizantes; Y el costo del daño debido a las radiaciones, incluido el que representa para la salud

humana. Cfr. FAILLA L., *Radiazioni ionizzanti: rischi/benefici o costi/benefici?* Medicina e Morale 1989; 3: 507.

³ SGRECCIA E., *Bioeticità delle metodiche strumentali in geriatria*. Giorn. Geront. 1988; XXXVI: 545-554.

⁴ BURTON G., *Interpersonal relations. A Guide for Nurses*. Nueva York, 1977; citado por IANDOLO C., *L'assistenza psicologica del malato*. Roma: Armando 1986.

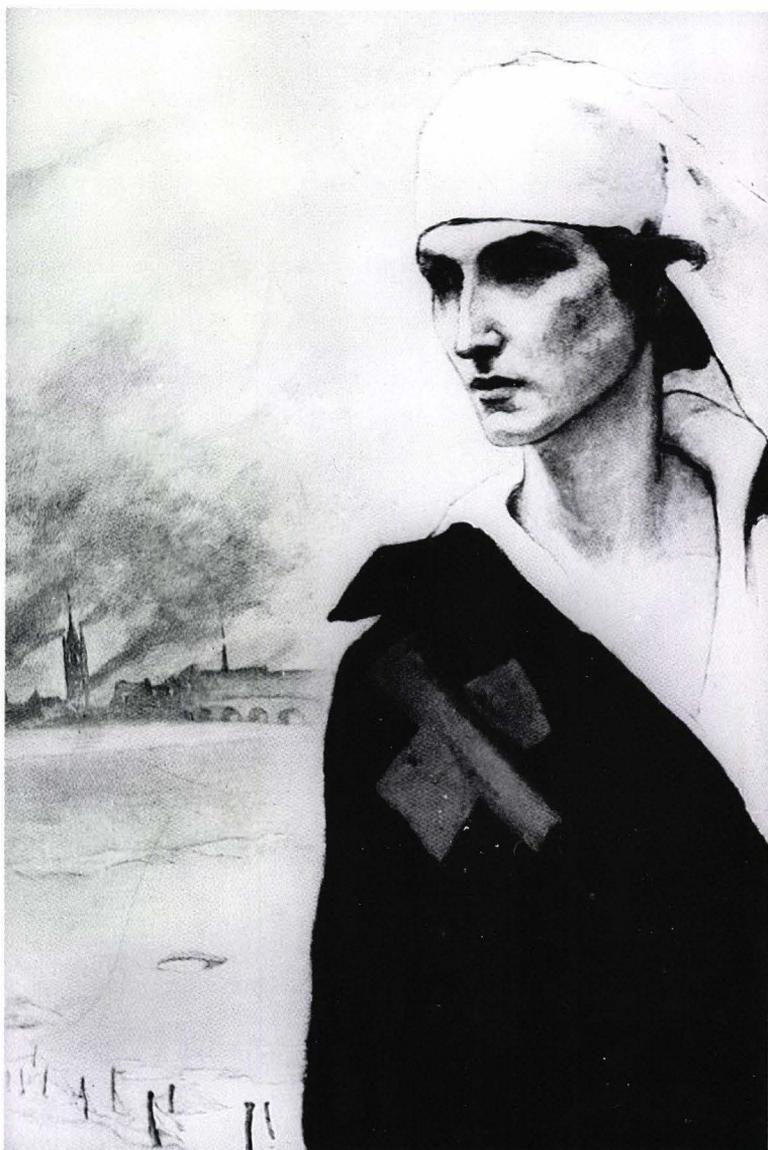
⁵ Es significativa a este respecto una anécdota que me contó un pediatra que desde hacía tiempo se esforzaba por promover una campaña de vacunación contra el sarampión. Un día comprobó entre sus asistidos un imprevisto aumento de interés y de disponibilidad respecto de esa vacunación. Poco después descubrió que la noche anterior el problema había sido debatido en un programa de televisión muy popular...

⁶ COATES J. F., *Technology Assessment: the benefits..., the costes..., the consequences*. Futurist 1971; 5: 225-231.

⁷ JONES M. V., *A Technology Assessment Methodology*. Vol I: Some Basic Propositions. MTR 6009. Washington: MITRE Corporation, Washington Operations, 1971: 25.



La clínica de Agnew,
Thomas Eakins, 1889



La cruz de Francia,
Romaine Brooks, 1914