

Medicina y Ética



Revista Internacional Trimestral de Bioética, Deontología y Ética Médica

VOLUMEN XXVIII NÚMERO 4/NUMBER 4 2017/4 OCTUBRE-DICIEMBRE/OCTOBER-DECEMBER ISSN 0188-5022

El consentimiento informado para la atención médica, como proceso de corresponsabilidad jurídica y ética en la toma de decisiones: Análisis en la legislación mexicana.

Informed consent for medical attention, as a legal and ethical process of co-responsibility in decision-making: Analysis of Mexican legislation.

Zoraida García Castillo

Ética y Health Technology Assessment (HTA): sobre las dificultades de su integración.

Ethics and Health Technology Assessment (HTA): concerning difficulties for their integration.

Pietro Refolo

"El principito" y la Medicina de lo invisible: relación, organización y prevención".

The Little Prince and Medicine of the Invisible: relationship, organization and prevention.

Massimiliano Colucci, Renzo Pegoraro

Objeción de conciencia y relativismo moral.

Conscientious objection and moral relativism.

George L. Mendz

Una vacuna segura y convincente. Consideraciones ético-narrativas en tema de salud pública.

A safe and persuasive vaccine. Ethical-narrative consideration in public health.

Paolo M. Gattorini

Reseña. Tratamiento del neonato terminal desde el punto de vista bioético.

Book review. Treatment of the terminal neonate from a Bioethical perspective.

Ma. de la Luz Casas Martínez

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Facultad de Bioética
Centro de Investigación en Ciencias de la Salud,
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac México

Facultad de
Ciencias de la Salud



Red de Universidades
Anáhuac

Facultad de
Bioética

UNIVERSIDAD ANÁHUAC

Rector

Dr. Cipriano Sánchez García, L.C.

Vicerrectora Académica

Dra. Sonia Barnetche Frías

Director de la Facultad de Bioética

Dr. Antonio Cabrera Cabrera

Director de Comunicación Institucional

Lic. Abelardo Somuano Rojas

Coordinadora de Publicaciones

Mtra. Alma E. Cázares Ruiz

La revista **MEDICINA Y ÉTICA** está incluida en las *Top 100 Bioethics Journals in the World* de la *Bioethics Research Library de la Georgetown University* (Washington DC, USA).

Aparece citada regularmente en los siguientes índices: *The Philosopher's index*, *Latindex* y *Redalyc*.

The Journal of *Medicina y Ética* is indexed in: *The Philosopher's index*, *Latindex* and *Redalyc*.

4

VOLUMEN XXVIII NÚMERO/NUMBER 4 OCTUBRE-DICIEMBRE/OCTOBER-DECEMBER 2017

MEDICINA Y ÉTICA BIOETHICS AND MEDICINE

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica
The International Journal of Bioethics, Deontology and Medical Ethics

Director: Antonio Cabrera Cabrera, PhD
Dirección Ejecutiva: Juan Manuel Palomares, MC
Coordinadora Editorial: Martha Tarasco Michel MD, PhD
Administración Electrónica: Antonio Muñoz, PhD
Traducción y Corrección de Estilo: Jesús Quiriarte e Hilda Tejeda
Composición tipográfica: Paideia Empresarial

Comité Editorial: Adriano Pessina PhD; Antonio Spagnolo MD PhD; Card. Elio Sgreccia PhD; Carlos Viesca MD PhD; Dora García PhD; Elena Postigo PhD; Elvira Llaca MD PhD; Evandro Agazzi PhD; Francisco Javier Marcó PhD; Jorge Linares PhD; Justo Aznar MD PhD; Jokín de Irala MD PhD; José Damián Carrillo MD PhD; Lourdes Velázquez PhD; Ma. Elizabeth de los Ríos PhD; Martha Tarasco MD PhD; Robert Hall PhD; Prof. Rubén Revello; Sergio Litewka MD PhD; Samuel Weingerz MD PhD.

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Editor responsable: Dra. Martha Tarasco, MD PhD
Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México
Edificio CAIDE Nivel 3
Teléfono 52 55 5627.0210 Extensión 8319
Ciudad de México

Dirección y Administración:
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Estado de México. C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7146)
Email: bioetica@anahuac.mx

Distribución:
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México

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

[039 0793] Publicación periódica.
 Registro 0390793.
 Características 210451118.

Copyright © 2017 Anahuac University
All right reserved. No portion of this articles in this Journal may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means –electronic, mechanical, photocopy, recording, or others– except for brief quotations in printed reviews, without prior permission from the publisher.

ÍNDICE

Editorial	717
“El consentimiento informado para la atención médica, como proceso de corresponsabilidad jurídica y ética en la toma de decisiones: Análisis en la legislación mexicana”	723
“Informed consent for medical attention, as a legal and ethical process of co-responsibility in decision-making: Analysis of Mexican legislation”	749
<i>Zoraida García Castillo</i>	
Ética y Health Technology Assessment (HTA): sobre las dificultades de su integración	773
Ethics and Health Technology Assessment (HTA): concerning difficulties for their integration	793
<i>Pietr Refolo</i>	
“El principito” y la Medicina de lo invisible: relación, organización y prevención	811
“The Little” Prince and Medicine of the Invisible: relationship, organization and prevention	833
<i>Massimiliano Colucci, Renzo Pegoraro</i>	
Objeción de conciencia y relativismo moral	855
Conscientious objection and moral relativism	883
<i>George L. Medz</i>	
Una vacuna segura y convincente. Consideraciones ético-narrativas en tema de salud pública	909
A safe and persuasive vaccine. Ethical-narrative consideration in public health	951
<i>Paolo M. Cattorini</i>	
Reseña. Tratamiento del neonato terminal desde el punto de vista bioético	991
Book review. Treatment of the terminal neonate from a Bioethical perspective	997
<i>Ma. de la Luz Casas Martínez</i>	

EDITORIAL

Debido al auge excesivo, que a mi juicio, se le ha dado a la autonomía del paciente, la objeción de conciencia es la posibilidad ética que tiene el médico de no ser tratado como un medio técnico por el paciente y/o su familia. **George L. Mendz** analiza los cambios en la noción de la conciencia y su probabilidad de aceptación en el contexto del relativismo y del individualismo. El autor se fundamenta en las críticas de Husserl sobre el escepticismo. Señala inconsistencias lógicas identificadas en el relativismo, por las cuales podría no aceptarse la objeción de conciencia. Además muestra en el trabajo que el concepto prevaleciente de autonomía es impreciso y limitado. Asimismo, se cuestiona el grado de realismo que existe en el relativismo. El resultado de estos análisis proporciona perspectivas adicionales sobre los problemas que enfrentan los médicos al presentar rechazos por conciencia en un contexto social relativista.

En el segundo grupo de temas que plantean cuestiones tradicionales de discusión en la ética contemporánea, como la autonomía y la beneficencia, aparece el siguiente artículo. **Pietro Refolo**, en «Ética y la evaluación de tecnologías en salud (*Health Technology Assessment* (HTA)): sobre las dificultades de su integración», señala en un magnífico artículo de revisión crítica, cómo se pretende incluir a la ética en esta evaluación pero no hay un acuerdo unánime en la definición de la HTA. Más bien la ética se suele limitar a la valoración consecuencialista de la seguridad, la legalidad y el impacto socioeconómico. Analiza la incongruencia o, quizás, sería mejor decir la asimetría entre la concepción ética y la HTA. El documento explora las dificultades de integrar la ética en la HTA debido a una interpretación de ética desnivelada o «inapropiada» para la ciencia.

El título del artículo escrito por **Massimiliano Colucci** y **Renzo Pegoraro** hace alusión a la obra literaria de Saint-Exupéri, «El Principito», que se refiere a que lo que es importante está escondido o no es aparente. Está ejemplificado a través de cuatro temas: el contexto del fin de la vida, la relación médico-paciente, la ética de la organización, la prevención/precaución. En estos temas analizan los valores implicados y los consideran como aquello que es «invisible». Esto debe ser reconocido como un dato clínico importante, en lo gnoseológico y en lo epistemológico, porque solo se logra en la interrelación humana y se proyecta al futuro ecológico porque al actuar éticamente se salvaguarda la vida.

Para **Zoraida García Castillo** el proceso esencial en la relación médico paciente es el consentimiento informado, porque propicia la decisión libre, autónoma y digna por parte del paciente sobre su cuerpo, salud y entorno social. Ello favorece la corresponsabilidad en la toma de decisión de ambas partes. Sin embargo, me permito recordar que no basta para que el acto médico sea bueno, en cuanto a eficiencia y eticidad. Por un lado el paciente puede negarse a o solicitar acciones que no resulten en su bien, por el otro, el médico puede encaminarlo a aceptar procedimientos que tampoco lo sean. Por ello, aunque la relación entre ambos es indispensable, la intención y el conocimiento médico es lo que hace que toda la práctica dada al paciente en un momento puntual sea ética y operativamente buena.

«Una vacuna segura (*safe*) y convincente (*persuasive*). Consideraciones ético-narrativas en tema de salud pública» de **Paolo M. Cattorini** examina los problemas del paternalismo, autonomía y salud pública. Lo realiza por medio del análisis de dos cintas cinematográficas, *Hungry Hearts* (Italia, 2014) y *Safe* (USA, 1995), para plantear así: «La ética en salud pública tiene por tanto necesidad de reconsiderar su propio lenguaje original. Para tal fin nos proponemos en este artículo comentar algunas tramas cinematográficas, en las cuales los deseos de los ciudadanos, comunidades, grupos so-

ciales se entrecruzan con las competencias higiénico-sanitarias, documentando los valores culturales (y por tanto parcialmente controvertidas) de las palabras-clave utilizadas (seguridad, salud, incolumidad, medicina).»

El número cierra con la reseña del libro «Tratamiento del neonato terminal desde el punto de vista bioético», (EUNSA/Astrolabio, 2017), de la autora Lourdes Velázquez González PhD realizada por **María de la Luz Casas**. Este libro analiza la reacción de los padres ante el caso de los bebés con extremado peso bajo al nacer que representa un caso límite para la medicina, porque los pacientes son considerados irrecuperables. La autora del libro piensa que las redes de apoyo social son una posible solución para la familia de estos niños.

*Martha Tarasco MD PhD
Coordinadora Editorial*

Due to the excessive boom, in my point of view, given to patients' autonomy, conscientious objection is the ethical possibility the physician has for not being treated as a technical resource by the patient and/or his/her family. **George L. Mendz** analyzes the changes in the notion of conscience and its likelihood of acceptance in the context of relativism and individualism. The author bases his arguments on Husserl's criticisms about skepticism. He points out the logical inconsistencies identified in relativism, by which a conscientious objection may not be accepted. Besides, he indicates in this work that the prevalent concept of autonomy is imprecise and limited. Also, the degree of realism that exists on relativism is questioned. The result of this analysis provides additional perspectives about the problems faced by physicians when they present a conscientious refusal in a relativistic social context.

In the second group of topics that raise traditional discussions of contemporary ethics, such as autonomy and patient's benefit,

the following article is included. **Pietro Refolo**, in «Ethics and Health Technology Assessment (HTA): concerning difficulties for their integration», points out in a great review article, how Ethics should be embraced in this assessment, however, there is no agreement in the definition of HTA. Instead, Ethics is usually limited to the consequentialist evaluation of safety, legal issues and socio-economic impact. It analyzes the inconsistency or, maybe, better said the asymmetry between Ethics understanding and the HTA. The document explores the difficulties of integrating Ethics in the HTA due to an unbalanced or «inappropriate» Ethics for science.

The title of the article written by **Massimiliano Colucci** and **Renzo Pegoraro** refers to the literary work of Saint-Exupéri, «The Little Prince», which establishes that what is important is hidden or unseen. It is illustrated by four topics: the end of life context, the patient-physician relationship, the Ethics of the organization and prevention/precaution. In these subjects, values are analyzed and considered as what is «invisible». These must be thought as important clinical data, at the gnostic and epistemological level, since it is achieved only in human relationships, and is projected to an ecological future because by acting ethically, life is preserved.

For **Zoraida García Castillo** the essential process in the patient-physician relationship is informed consent, because it favors the free, autonomous and worthy decision of the patient about his/her body, health and social environment. It promotes a joint responsibility in decision making on both sides. However, it should be kept in mind that this is not enough for the medical action to be good, in terms of efficacy and ethical value. On one side, patients may refuse or ask for procedures which are not in their best interest, on the other, physicians could guide them into accepting some that are not in their best interest either. Therefore, even if the relationship between them is essential, intention and medical

knowledge is what makes clinical practice offered to the patient in a given time good and with ethical value.

«A safe and persuasive vaccine. Ethical-narrative considerations in public health» by **Paolo M. Cattorini** examines the problems of paternalism, autonomy, and public health. The author achieves this analyzing two movies, *Hungry Hearts* (Italy, 2014) and *Safe* (USA, 1995), to establish the following: «Public health ethics therefore needs to reconsider its own prototype language. Correspondingly, in this article we intend to comment on some cinematographic plots, in which the desires of citizens, communities and social groups interrelate with hygienic health in the documentation of cultural values (thus partially controversial) of the keywords used (safety, health, security and medicine).»

This issue ends with the following book review by **María de la Luz Casas**. «*Tratamiento del neonato terminal desde el punto de vista bioético*» (Treatment of the terminal neonate from a Bioethical perspective), (EUNSA/Astrolabio, 2017), by the author Lourdes Velázquez González PhD. This book analyzes parents' reactions facing cases of babies with an extremely low birth weight, which represents an extreme case for medicine since these patients are considered terminal. The author of the book thinks that social support networks are a possible solution for these children families.

Martha Tarasco MD PhD
Editor

“El consentimiento informado para la atención médica, como proceso de corresponsabilidad jurídica y ética en la toma de decisiones: Análisis en la legislación mexicana”

Zoraida García Castillo*

Resumen

El otorgamiento del consentimiento informado por parte del paciente y/o sus familiares, sobre los actos médicos respecto del padecimiento o enfermedad, el procedimiento diagnóstico o terapéutico a utilizar, los riesgos y beneficios que conlleva y las posibles alternativas, constituye un proceso esencial en la relación médico paciente. El consentimiento informado propicia la decisión libre, autónoma y digna por parte del paciente, sobre su cuerpo, salud y entorno social. Las obligaciones médicas penden de la *lex artis ad hoc*, de las obligaciones de medios o de resultado que se contraen, mismas que implican tanto obligaciones jurídicas como éticas, con sus consecuentes responsabilidades. Tales obligaciones se generan a partir de la relación médico-paciente, se clarifican con el otorgamiento de información suficiente y clara, y con la corresponsabilidad en la toma de decisión de ambas partes. El reto es redimensionar este acto, bajo el reconocimiento de su valor jurídico y ético.

* Coordinadora de la Licenciatura en Ciencia Forense, Facultad de Medicina, UNAM, y Consejera de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
zoraidagc@unam.mx
Artículo original.

Palabras clave: Corresponsabilidad. Relación médico-paciente. *Lex artis ad hoc*. Obligaciones de medios. Obligaciones de resultado.

1. Introducción

Los conflictos en el actuar médico plantean dilemas jurídicos y éticos, en los que se pueden identificar factores de origen constantes: la falta de comunicación clara y confiable entre el médico y el paciente, el incumplimiento en la integración debida del expediente clínico, la necesaria relación entre el error en el diagnóstico y el error en el tratamiento, las carencias materiales y logísticas de que muchas veces adolece el sector salud y la falta de otorgamiento de un consentimiento debidamente informado por parte del paciente, entre otras.

Este último elemento se encuentra íntimamente interrelacionado con todos los anteriores. Si no existe una comunicación clara y confiable entre el médico y el paciente, el consentimiento informado no es posible; y si no existe cumplimiento en la integración debida del expediente clínico, seguramente tampoco se recabó el consentimiento informado debido; si hubo error en el diagnóstico y, por lo tanto, en el tratamiento, el consentimiento informado —en caso de que se hubiese otorgado— también habrá sido equívoco; si hay carencias materiales y logísticas en la prestación de la atención médica, seguramente el consentimiento informado **(CI)** estará sujeto a muchas variables que lo hagan inseguro.

Así, el **(CI)** se yergue como un importante eslabón en la cadena ética y jurídica de la relación médico paciente, de la ejecución del acto médico y, por tanto, del desarrollo óptimo del servicio de la atención médica.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre el papel que desempeña en el análisis ético y jurídico del acto médico; así como en su trascendencia como eje rector de la relación médico-paciente.

2.El (CI) para la atención médica. Concepto y regulación

El **(CI)** es un proceso de comunicación continuo y gradual que se da entre el médico y el paciente, mismo que se consolida en un documento que sirve como la expresión tangible del respeto de la autonomía de las personas,¹ del respeto al ejercicio de su derecho de acceso a la información y a su dignidad. En una tesis aislada del año 2012, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de México, definió al **(CI)** como un derecho fundamental de los pacientes, consecuencia necesaria o explicitación de los derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Específicamente, lo refirió como el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos. Así, el paciente asume los riesgos y consecuencias inherentes o asociados a la intervención autorizada, pero no excluye la responsabilidad médica cuando exista una actuación negligente de los médicos o de las instituciones de salud involucrados.²

El **(CI)** implica, por un lado, el acto del médico de informar de manera completa, íntegra, clara y suficiente al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad, el procedimiento diagnóstico o terapéutico a utilizar, los riesgos y beneficios que conlleva y las posibles alternativas; y por otro, el acto del paciente de decidir en forma autónoma y digna sobre sí mismo, de manera informada.

Esta Primera Sala del Alto Tribunal en México, en distinta tesis del 2016, señaló que el **(CI)** tiene una doble finalidad. Por un lado, la autorización de una persona para someterse a procedimientos o tratamientos médicos que pueden incidir en su integridad física, salud, vida o libertad de conciencia y, por otro lado, es una forma de cumplimiento por parte del médico, del deber de informar al paciente sobre el diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento médico, así como las implicaciones, efectos o consecuencias que pudiera traer a su salud, integridad física o vida.³

El proceso de información es complejo, porque hay que tener en cuenta múltiples factores como es que el paciente no se encuentre en posibilidad de consentir, que la naturaleza de los actos médicos merecen un cierto tipo de consentimiento o no, que por cada acto médico es recomendable un consentimiento específico, o que puedan existir innumerables riesgos que pudieran derivarse del acto.

En general, el **(CI)** debe ser previo al tratamiento, adaptado al caso particular, completo (que comprenda los beneficios y riesgos que conlleva la toma de decisión) y ser claro, preciso y comprensible para el paciente o sus familiares.

En la Declaración de Lisboa de la 34ª Asamblea Médica Mundial (1981), se ubicó al **(CI)** como satisfactor de varios derechos del paciente: la autodeterminación, la información y la dignidad.⁴

En el Convenio para la protección de Derechos Humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Consejo de Europa, 1997 Convenio de Oviedo) se señalan disposiciones protectoras de la voluntad del paciente informado, incluso del que por edad, capacidad mental, o urgencia no pueda expresar directamente su libre e inequívoco consentimiento; de hecho, se prevé la figura de los deseos expresados anteriormente.⁵

En los números 5 y 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos del 2005, se señaló que toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo ha de efectuarse previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Éste debe ser expreso y el paciente podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe desventaja o perjuicio alguno. Se hace hincapié en el respeto a la autonomía de la persona y el ejercicio de su responsabilidad.⁶

En la legislación mexicana, la Ley General de Salud (LGS) en sus artículos 51 Bis 1 y 51 Bis 2, existe el derecho de los usuarios de los servicios de salud, de recibir información suficiente, clara, oportu-

na, y veraz, y la orientación necesaria para su salud, riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos, que se le indiquen o apliquen. En el caso de pacientes indígenas, se establece el derecho a obtener información necesaria en su lengua.

Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o de estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico. Esto también está contenido en el Reglamento de la LGS en materia de prestación de servicios de atención médica (RLGSPSAM), en los artículos (29, y 80 a 82).

La LGS mexicana, dispone de forma complementaria al derecho a decidir, que los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

Se establece también la obligación de todo hospital, de recabar la autorización escrita y firmada del paciente a su ingreso, para practicarle, con fines de diagnóstico o de atender un padecimiento, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios. Y explicar al paciente el documento, tipo de padecimiento y posibles riesgos y secuelas. Esto no excluye que por cada procedimiento posterior de alto riesgo, se informe nuevamente con los mismos requisitos. (Art. 80 del RLGSPSAM)

Lo más importante de los requisitos del **(CI)** es el señalamiento del procedimiento o tratamiento a aplicar y su explicación, la que debe comprender sus consecuencias, riesgos y secuelas, para que el consentimiento verdaderamente implique una participación del paciente en la decisión sobre su cuerpo y su salud, que implica respetar su integridad y autonomía.

El Código de Bioética para el Personal de Salud México 2002, propuesto por la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Bioética, establece que “el paciente o su representante legal debe

ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, alternativas de tratamiento, probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”.⁷

Este es precisamente el objetivo que persigue contar con un **(CI)** completo, claro e incluyente de la opinión del paciente, la que sólo puede ser vertida eficazmente, si tiene claros los procedimientos recomendados, las alternativas, los riesgos inherentes, las secuelas y demás consecuencias de la toma de decisión; sobre todo, le hace copartícipe del tratamiento y de su responsabilidad durante el proceso de recuperación o de rehabilitación.

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente Clínico, se refiere también al **(CI)**: “se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados por el paciente”.⁸

Esto significa que el **(CI)** cumple una función bidireccional, por un lado el deber ético y profesional de informar al paciente o a sus familiares, y con la autorización para realizar los procedimientos que se pretenden, de manera que el médico, la institución médica y el paciente, asumen de manera conjunta y, corresponsable, las consecuencias de la decisión.

En caso de controversia, constituye la prueba de que el médico no solo cumplió con informar, sino que el paciente, sabedor de todo el procedimiento, riesgos y consecuencias, consintió. Si ello llegara a ocurrir, el médico sólo sería responsable de los actos consecuencia de la mala práctica, en desapego a la *lex artis ad hoc*, que llegase a causar un daño.

Es interesante el desglose que hace la propia NOM aludida, en cuyo punto 10.1, describe los requisitos que deben cubrir las cartas de **(CI)**, en que además de los puntos ya incluidos en otros instrumentos, establece la autorización al personal de salud para la aten-

ción de contingencias y urgencias derivadas del acto médico autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; los datos completos del médico que otorgó la información y que recaba el consentimiento; así como el proceder en caso de que el paciente no pudiera firmar el documento. En esta misma normativa, se señalan los eventos mínimos que requieren de cartas de **(CI)**, a saber, el ingreso hospitalario; los procedimientos de cirugía mayor; los procedimientos que requieren anestesia general o regional; la salpingoclasia y la vasectomía; la donación de órganos, tejidos y trasplantes; la investigación clínica en seres humanos; la necropsia hospitalaria; los procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo o cualquier procedimiento que entrañe mutilación. Estos son procedimientos en que de manera mínima existe obligación de recabar el **(CI)** del paciente, pero puede y debe haber tantos consentimientos como procedimientos lo requieran, según el criterio del médico, basado en los riesgos que impliquen.

La definición de contenidos mínimos que debe guardar el **(CI)** ha sido materia de disertación judicial, ante una regulación normativa dispersa y, al parecer, insuficiente. Por ello, la Primera Sala de la Suprema Corte mexicana, en una tesis aislada, ha establecido los siguientes requisitos mínimos para su otorgamiento, dependiendo de cada caso concreto:

- a) Estado de salud del paciente.
- b) Diagnóstico de su padecimiento.
- c) Tratamiento o intervenciones necesarias para tratar el mismo y sus alternativas.
- d) Riesgos inherentes y efectos.

Puntualizando que estos requisitos no son inmutables y que deben actualizarse.

El sujeto obligado a este cumplimiento del deber de informar al paciente, es el médico responsable y los profesionistas médicos que ejecuten un acto médico concreto (proceso asistencial, técnica

o procedimiento invasivo, interconsulta, etc.), que pueda incidir en la esfera de derechos del paciente.

El destinatario es el propio paciente o las personas unidas al mismo por vínculos familiares, de hecho o legales que jurídicamente puedan tomar una decisión sobre su atención médica.

Además, el deber de informar no se agota en una etapa específica y dependerá de cada caso concreto y de su contexto fáctico, teniendo en cuenta que la información debe ser continuada, verdadera, comprensible, explícita, proporcionada al momento en que el médico lo considere viable, previo a cualquier tratamiento o intervención y su otorgamiento podrá ser oral o escrito.

El grado o temporalidad del otorgamiento de la información dependerá de la capacidad del paciente, su deseo de ser informado (no se le puede obligar a recibir la información), el nivel del riesgo y la concurrencia de un estado de urgencia.⁹

Este último punto resulta de particular interés y novedad en los criterios hasta ahora emitidos por el Alto Tribunal, con base en la normativa existente. Había quedado entendido que el **(CI)** debía otorgarse previamente a cualquier intervención o tratamiento que implique incidencia en la integridad física, salud, vida o libertad de conciencia del paciente, pero se justifican algunas excepciones cuando los sucesos fácticos no permiten una demora ante la posibilidad de que se origine un daño grave o irreversible al paciente.

El artículo 81 del RLGSPSAM prevé que en caso de urgencia o de un estado de incapacidad transitoria o permanente y no sea posible obtener la autorización de su familiar más cercano, tutor o representante para los tratamientos o procedimientos médico-quirúrgicos necesarios, los médicos, previa valoración del caso y con el acuerdo de dos de ellos, realizarán el tratamiento o procedimiento que se requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico de dicho actuar. Sobre el particular, la Suprema Corte de México ha señalado que el propio sistema jurídico realiza una ponderación entre la voluntad del paciente y las obligaciones que tiene todo personal médico-sanitario de emprender las acciones necesi-

rias para respetar y proteger el derecho a la salud, la integridad y/o vida de una persona. Así, el caso de urgencia que justifica el acto médico, a pesar de la ausencia de **(CI)** del paciente, es la forma en que el ordenamiento jurídico reconcilia ambos valores, preponderando la protección de la salud, pero sujetando consecuentemente al médico o diverso profesional médico-sanitario a un estándar más alto para acreditar su debida diligencia médica.¹⁰

En este criterio se justifica la excepción que opera para no contar necesariamente con el consentimiento del paciente antes de realizar una intervención o un tratamiento que lo requiera por encontrarse en un alto riesgo.

Si en la ejecución de un acto médico que involucre un alto riesgo para el paciente, el médico no recaba el **(CI)** previamente y no acredita el caso de urgencia, se reputará como una negligencia médica por transgresión a la *lex artis ad hoc*, siempre que existiese un daño consecuente de tal acción. (Factor que en mi opinión, podría no existir y aún así acreditarse la negligencia, que puede dar lugar a una responsabilidad civil por daño moral, como se explica más adelante)

3. El caso I.V. vs. Bolivia. Corte Interamericana de Derechos Humanos

Respecto de los casos de urgencia en que pudiera justificarse el no otorgamiento previo del consentimiento informado, el 30 de noviembre de 2016, la Corte Interamericana de Derechos Humanos resolvió un asunto sobre la obligación internacional de los Estados de asegurar la obtención del **(CI)** antes de la realización de cualquier acto médico, que se fundamenta principalmente en la autonomía y la autodeterminación del individuo.

Los hechos que dieron lugar a esta resolución ocurrieron en el 2000, en que la señora I.V. acudió a un hospital público en Bolivia, para dar a luz a su tercera hija. Con un embarazo normal, de 38.5

semanas, el médico realizó una cesárea, por involución del trabajo de parto y porque el feto presentaba posición transversa. En la misma intervención, el médico decidió realizar una salpingoclasia bilateral.

Previo al procedimiento quirúrgico, el esposo firmó un documento denominado “autorización familiar para cirugía o tratamiento especial” respecto de la cesárea, pero ni él ni su esposa autorizaron la ejecución de la salpingoclasia.

El argumento de defensa se basó en el hallazgo de múltiples adherencias a nivel del segmento interior del útero, circunstancia que se alegó como motivo de urgencia para la realización de la salpingoclasia. El médico informó que ésta fue por indicación médica y se aceptó por la paciente al comprender que con un futuro embarazo, su vida correría peligro. Sin embargo, la señora I.V. negó que hubiese otorgado un consentimiento de forma verbal y que fue hasta la visita del médico residente, que tomó conocimiento que se había realizado la ligadura de trompas.

La Corte Interamericana consideró en esta resolución que el concepto de **(CI)** consiste en una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo.

El **(CI)**, sigue diciendo esta resolución, es la decisión positiva de someterse a un acto médico, derivada de un proceso de decisión o elección previo, libre e informado, el cual constituye un mecanismo bidireccional de interacción en la relación médico-paciente, por medio del cual el paciente participa activamente en la toma de la decisión, alejándose por ello de la visión paternalista de la medicina, centrándose en la autonomía individual.¹¹

Los derechos que se consideraron conculcados fueron el de integridad personal, libertad personal, dignidad, vida privada y fami-

liar, acceso a la información, a fundar una familia, reconocimiento de la personalidad jurídica, y no discriminación. En su voto concurrente, el Juez opinó que el caso debía haberse también estudiado a la luz de la conculcación del derecho a la salud, punto en el que concuerdo absolutamente.

La Corte observó que en el sistema interamericano de protección de los derechos humanos, no se cuenta con una norma convencional en materia de bioética y derechos humanos que desarrolle el alcance y contenido de la regla del consentimiento informado, y en ese sentido invocó el *corpus juris* internacional de la materia. Teniendo en cuenta las normas de la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Asociación Médica Mundial y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, concluye que existe una construcción del (CI) alrededor de su carácter previo, libre y pleno.

Específicamente, en el caso que se resolvió, la esterilización no constituye un procedimiento de emergencia médica, en que se pudiese alegar amenaza contra la vida de la paciente en el supuesto de un futuro embarazo.

La agresión que implica la ejecución de un procedimiento médico que incida no sólo en la salud del paciente, sino en sus decisiones de vida, es sin duda enorme. Por sus consecuencias, la decisión de una medida de tal naturaleza no puede ser privativa del médico o del sistema de salud de un Estado. El respeto a la autonomía de la voluntad implica el respeto a la dignidad de la persona y eso es precisamente lo que blinda, principalmente, el proceso de (CI).

4. El (CI) en relación con las obligaciones de medios y las obligaciones de resultado

En México, la recepción de la información necesaria y suficiente para el otorgamiento, por parte del paciente, de un (CI), es crucial

y debe ser acreditada en el instrumento que la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente Clínico, que ha dado en llamar Cartas de **(CI)**. ¿Qué información es la que es necesaria y suficiente de informar? ¿cuál es el límite mínimo y máximo de información a otorgar? ¿Qué sucede si no se cuenta con un instrumento que acredite que la información se dio y que el consentimiento se otorgó, de manera consciente y plena?

Desde la perspectiva del derecho civil, las obligaciones de medios son aquéllas en que el deudor se obliga a cumplir una actividad, prescindiendo de la realización de una determinada finalidad; por otro lado, las obligaciones de resultado son aquéllas en las cuales el deudor se obliga a realizar una cierta finalidad prescindiendo de una específica actividad instrumental.¹² Es decir, en las obligaciones de medios, el obligado se compromete a realizar una prestación sin que necesariamente ello implique la obligación de cumplir un resultado concreto, mientras que en la obligación de resultado, el compromiso es cumplir con una finalidad, sin importar los medios necesarios.

Si trasladamos estas descripciones a las obligaciones que se generan en el ámbito médico, las obligaciones de medios son aquéllas que adquiere el médico o el prestador de servicios de salud de realizar todas las actividades necesarias para atender el mejoramiento del estado de salud, utilizando todos los medios y capacidades posibles para ello, con la mayor diligencia. En cambio, las obligaciones de resultado en la relación médico-paciente, se traducen en el compromiso del prestador de servicios de salud de alcanzar un fin determinado, un resultado deseado. Este tipo de obligaciones de resultado se suceden específicamente en las áreas de cirugía estética y, en ocasiones, de salud odontológica.

La diferencia entre uno y otro tipo de obligaciones radica en el objeto de la prestación. Mientras que en las obligaciones de medios, el objeto es ejercer debidamente la actividad que corresponde, que para la actividad médica, es realizar todos los actos inherentes a la atención con diligencia, apego a la *lex artis ad hoc* y pro-

fesionalismo; en cambio en las obligaciones de resultado, el objeto de la prestación es la realización del objetivo esperado.

Si centramos estas diferencias en el actuar médico, el prestador de servicios de salud cumple con las obligaciones de medios al prestar sus servicios con la mayor diligencia y apego a la *lex artis*, pero si el resultado fuese adverso a lo esperado, no se le puede imputar incumplimiento en su deber. En cambio, si el médico se compromete a alcanzar un resultado concreto, como ocurre al realizar una intervención quirúrgica de tipo estético, en que lo esperado es un cambio específico en el paciente, se espera de él precisamente que cumpla con ese fin concreto.

La importancia de distinguir estos dos tipos de obligaciones trasciende a la definición de responsabilidades que el incumplimiento pudiera generar. Si se trata de obligaciones de resultado, el deudor es responsable de indemnizar por el incumplimiento, si no demuestra que se debió a una causa no imputable a él; en cambio si se trata de obligaciones de medios, el deudor sólo está obligado a demostrar que actuó diligentemente y utilizó todos los medios a su alcance, lo que es propio del ejercicio de una actividad profesional, en que la diligencia se considera en relación con el tipo de actividad ejercida.

El artículo 2615 del Código Civil Federal mexicano, que corresponde al capítulo de Prestación de Servicios Profesionales, establece que la responsabilidad de quien presta este tipo de servicios, sólo deviene por la negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito. Eso significa que, en general, este tipo de obligaciones exigen del profesional el ejercicio debido de medios y no de resultado.

En el análisis de las obligaciones de resultado, el propio Código Civil Federal, clasifica en general a las obligaciones como de dar o de hacer; y divide a estas segundas como de hacer o no hacer, y señala, en lo que nos interesa, en sus artículos 2027 y 2028 que si el obligado a prestar un hecho no lo hiciera de la manera convenida, el acreedor tiene derecho a pedir que a costa de aquél se ejecute

por otro, si la substitución es posible; asimismo, quien estuviere obligado a no hacer una cosa, queda sujeto al pago de daños y perjuicios en caso de contravención.

La LGS mexicana, dispone en su artículo 51 que los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Esas obligaciones son precisamente las que se integran o traducen en las obligaciones de medios, exigibles por lo general al profesional médico y que deben ser los idóneos en términos de la *lex artis* médica, esto es, el conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura generalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.

Respecto a los antecedentes de la solución de controversias médicas, la Corte de Casación francesa, en 1936, declaró que en el contrato médico importa “el compromiso, si no evidentemente de sanar al enfermo, de prestarle, al menos, ciertos cuidados, y no uno cualquiera, así como parece enunciarlo el recurso, sino los cuidados concienzudos, atentos y, aparte de circunstancias excepcionales, conforme a los conocimientos científicos”.¹³

Esta conformidad a que aludía la Corte francesa, es precisamente el criterio que conforma lo que es la *lex artis ad hoc*, misma que ha sido también definida, para efectos judiciales mexicanos, por los Tribunales Colegiados. *La lex artis ad hoc* —señalan— es un concepto jurídico indeterminado que debe establecerse en cada caso, en el que el médico, por un proceso de deliberación, aplica las medidas con prudencia a la situación clínica concreta y en la medida de las condiciones reinantes. Ya que la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, y que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos, como cuando el cuadro clínico no se manifiesta completamente, el paciente no comprende los riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéuti-

co, o entrega información incompleta de sus síntomas; además, las circunstancias en que se da una relación clínica pueden limitar la certeza del diagnóstico y la eficacia de medidas terapéuticas. En estas condiciones, la gran variabilidad y complejidad que rodean a una condición clínica concreta, algunas dependientes del profesional, otras de las condiciones particulares del paciente, de los recursos o infraestructura que se disponga y, por las circunstancias que la rodean, es imposible aplicar la misma normativa en todos los casos, sino que éstas deben adecuarse al caso concreto.¹⁴

En efecto, la *lex artis* médica la constituyen los elementos generales aceptados por la técnica médica para la atención de un determinado padecimiento; mientras que la *lex artis ad hoc*, la constituyen las reglas aplicables a un caso concreto, rodeado de circunstancias específicas y variables, lo que hace también variables y específicas las obligaciones de medios idóneos contraídas por el médico.

Estas obligaciones se complementan con las disposiciones contenidas en las guías y protocolos médicos aplicables en lo general, mismas que si bien no son de aplicación forzosa, son orientativas, por contener la sistematización de los criterios de la práctica médica adecuada, lo que también ha sido definido por el Poder Judicial de la Federación, en esta ocasión, por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación mexicana.¹⁵

Las obligaciones de medios definidas a partir de las guías o de los protocolos médicos se complementan con la libertad prescriptiva del médico, lo que hace aún más complejo el contenido de la *lex artis ad hoc*, que engloba el debido proceder del médico en el caso concreto y que es precisamente lo que le es reclamable.

La distinción entre obligaciones de medios y de resultados, para efectos de la responsabilidad civil médica, ha sido ya herramienta útil para distinguir los elementos que deben acreditarse. Así se ha establecido en una tesis aislada dictada por los Tribunales Colegiados de Circuito, que en lo conducente señala:

“...[El] ejercicio de la medicina y la obligación del profesional ...es de medios, y no de resultados.... el profesionista no se

obliga al logro de un concreto resultado, sino al despliegue de una conducta diligente,en función de la denominada *lex artis ad hoc*... En tal caso, la falta de diligencia y la negligencia..., son las que habrán de probarse....”¹⁶

El daño patrimonial o moral que se reclame por incumplimiento de una obligación médica, si es de medios, implica que se debe probar que se produjeron lesiones y que fue el comportamiento del profesional de la medicina, el que causó la vulneración de la integridad física, por un nexo causal entre el daño y la conducta del médico.

En las obligaciones de medios, se aplica la regla de la responsabilidad por culpa (el obligado no es responsable si su conducta ha sido diligente); mientras que en las obligaciones de resultado, se aplica la regla de responsabilidad civil objetiva: la diligencia observada por el obligado o deudor no tiene ninguna relevancia, porque la única cosa debida es el resultado. (12) Debe matizarse esta afirmación, si se tiene en cuenta que los actos médicos son complejos y de distintas consecuencias. Nos referimos al caso en que en el actuar de un médico con obligaciones de resultado (por ejemplo, un cirujano plástico o un odontólogo), llegare a causar un daño colateral al paciente, el tipo de responsabilidad que se pudiera llegar a generar tendría que ser tratada como obligaciones de medios, es decir, si se hubiese actuado de manera diligente. Así, el criterio de responsabilidad, si se trata de una obligación de medios, es subjetivo; mientras que si se trata de una obligación de resultado, es objetivo. Por ello, existe gran trascendencia de esta diferencia de criterios, respecto de la forma de probarlos: en uno hay que probar la culpa o el dolo (mayor grado de dificultad de prueba) y, en otro, basta con probar el hecho.

Ahora bien, ¿Quién debe de probar estos hechos? ¿En quién recae la carga de la prueba?

En el caso de la reclamación de la responsabilidad médica, se ha venido dibujando por la jurisprudencia un trato desigual entre las

partes para procurar la equidad en el juicio. Esto, si se tiene en cuenta la disparidad de posibilidades de prueba que tiene el médico y las instituciones de salud, frente al paciente, para probar lo que sucedió en la prestación del servicio médico.

Así, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia mexicana ha establecido a propósito de la responsabilidad patrimonial del Estado, que si se tratara de la que emane de la prestación de un servicio de salud deficiente, la prueba de la debida diligencia recae en las instituciones médicas del Estado, en atención al derecho de indemnización de la víctima. Esto, debido a la dificultad que representa para la víctima (en este caso, así referido el paciente) el probar el actuar irregular de los centros de salud. Es entonces la institución del Estado la que debe demostrar que el procedimiento médico se realizó de acuerdo a los cuidados establecidos en la normatividad de la materia y al deber de diligencia que le exige la profesión médica.

Este criterio se justifica bajo los principios de facilidad y proximidad probatoria, con base en los cuales debe satisfacer la carga de la prueba la parte que dispone de los medios de prueba o puede producirla o aportarla al proceso a un menor coste para que pueda ser valorada por el juez.¹⁷

El criterio de que recaiga la carga de la prueba en el prestador del servicio de salud es el prevaleciente en México, aunque no ha dejado de aplicarse la regla general de que quien reclame un daño, debe acreditar la afectación. Sin embargo, esta tendencia se encuentra modulada cuando se admite que las pruebas que aporte el demandado pueden servir también para desahogar tal carga.

Así lo dice el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, que indica que la carga probatoria del actor, en materia de responsabilidad civil médica, puede satisfacerse también mediante indicios que se obtengan desde las pruebas que aporte el demandado:

“...las pruebas no necesariamente habrán de ser aportadas por el actor, [puede]... inferirlas el Juez... con mecanismos como la

presunción judicial, ...corresponderá al demandado probar... que el daño [no] se produjo, que el origen del mismo no fue la conducta del profesional... o que éste actuó con la máxima diligencia u obtuvo el resultado, según se trate de obligación de medios o de resultados”.¹⁸

Esta tesis es anterior a la que deposita totalmente la carga de la prueba en el órgano prestador del servicio médico, pero no es contraria, sino que es un primer acercamiento a depositar en el demandado la carga de probar que el daño no se produjo, o que no fue su conducta la que lo propició y que actuó con la máxima diligencia, si es que se trató de una obligación de medios. Incluso, deja ver la posibilidad de que las pruebas aportadas por el prestador del servicio médico pueden ser muy útiles para establecer su responsabilidad.

Ahora bien, ¿en qué incide el tema de la carga probatoria sobre el tema de la reflexión original, que es la importancia de contar con un **(CI)** y oportuno?

En que los elementos probatorios más significativos para acreditar lo que sucedió en la prestación de un servicio médico es precisamente lo que conste en el expediente clínico, en que debe contenerse el correspondiente **(CI)**, con una mayor exigencia, si se trata de obligaciones de resultados, en que la responsabilidad del médico se acentúa.

Porque contar con un **(CI)** suficiente y oportuno, implica que el paciente asumió ciertas consecuencias que después difícilmente reclamaría como consecuencia de negligencia, si sabe con antelación que se trata de riesgos inherentes al procedimiento al que consintió someterse, con sus consecuencias.

El **(CI)** resulta en un blindaje sano, claro y transparente respecto de los hechos que pueden suceder a una intervención médica que el médico y el paciente asumen conjuntamente; por lo que una eventual reclamación por responsabilidad médica se puede evitar en gran medida.

El **(CI)** debe ser el adecuado al tipo de obligaciones que el médico adquiere. Si se trata de obligaciones de medios, debe contener la información suficiente y *ad hoc* al caso; pero si se trata de obligaciones de resultado, el **(CI)** podría necesitar una formalidad y contenidos aún más estrictos y exhaustivos. Ante esta necesidad de exhaustividad, es que tanto en el contexto nacional mexicano como internacional, la formalidad del **(CI)** se ha equiparado al de un contrato de prestación de servicios profesionales, aun cuando existen diferencias en naturaleza, regulación, elementos y formalidades, entre uno y otro instrumento.^{19, 20}

5. Responsabilidad médica moral y ética

Para abordar el tema desde la ética, hay que preguntar ¿Quién debe decidir sobre el acto médico, someterse o no a un tratamiento? ¿El médico? ¿El paciente? ¿Sus familiares? Lograr que la decisión sea principalmente del paciente, significa cuidar el respeto al principio de autonomía, a la salud e integridad propia.

Examinar el daño o beneficio que se puede causar con la toma de la decisión, implica considerar la dignidad, que supone que no pueden imponerse privación de bienes (en que se comprenden derechos o condiciones de salud o de integridad física) de manera injustificada, ni que una persona pueda ser utilizada como instrumento para la satisfacción de los deseos de otra.

Además hay que preguntarse cómo debe tratarse a un individuo en relación con los demás. El principio de igualdad, implica que todos los seres humanos deben ser tratados con el mismo respeto a su dignidad, lo que en el campo del tratamiento médico, el prestador de los servicios de salud debe acoger a todos, por el principio de no discriminación y otorgue beneficios o cargas de manera diferenciada, sólo en virtud de rasgos distintivos relevantes.

La combinación de los principios de autonomía, dignidad e igualdad enunciados, constituyen una base normativa suficiente

para la construcción de una teoría liberal, bajo la cual sólo los seres humanos, a través de sus elecciones individuales pueden ser susceptibles de una valoración moral.²¹ Por eso, la toma de decisión mediante un consentimiento debidamente informado, es base fundamental para el ejercicio de la libertad individual y la imputación de responsabilidad consecuente.

En el proceso de la toma de decisión deben tomarse en cuenta la autonomía y la dignidad. Desde el punto de vista ético, la toma de la decisión sobre el tratamiento médico tiene que ser analizada bajo dos perspectivas muy diferentes: la del médico y la del paciente. El primero racionaliza gran parte de su decisión, de acuerdo con la curabilidad de la enfermedad; mientras que el paciente considera otras variables como son su calidad de vida, el entorno social, aspectos económicos, costumbres, cultura y religión. Si la decisión se toma de manera conjunta, con la convergencia de todos los argumentos y con la mayor y mejor información posible, se arma la mejor estrategia para lidiar con la incertidumbre.²²

En el dictamen de responsabilidad médica, el pronunciamiento se suele focalizar en el análisis del proceder médico, la debida ejecución de la *lex artis ad hoc* y, en caso de existir un daño material al paciente, éste es sancionado, sólo si, se acredita el nexo causal entre el daño y el actuar médico negligente o equívoco. Este tipo de responsabilidad médica es objetiva y de naturaleza civil.

Existe daño moral si el paciente no conoce la dimensión del tratamiento o procedimiento al que es sometido, ni los riesgos y consecuencias que implica. La angustia, incertidumbre y miedo respecto de lo que ocurre en su cuerpo e integridad física, es una situación que se puede evitar con una buena comunicación entre el médico y el paciente.

Puede demandarse el resarcimiento del daño moral por la vía civil, por la omisión de la información debida.²³ Ello se traduce en una omisión ilícita (contraria a la normativa aplicable), no requiere que haya un daño material y se realiza bajo un contexto de responsabilidad contractual o extracontractual, según el caso concreto, y

puede ser reclamable por la vía civil, que implique la actualización de la responsabilidad consecuente del médico o de la institución de salud.

En México, el paciente tiene todo el derecho de ser informado sobre los riesgos y beneficios que implican un tratamiento sobre su cuerpo e integridad. Como se estableció en 2008, por el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito.²⁴

El acto médico y sus consecuencias, pueden dar lugar a lesiones de tipo material en la integridad del paciente, su salud, persona o patrimonio, así como a lesiones extramateriales, que conculquen su personalidad y que sean difícilmente tasables. La responsabilidad de tales lesiones pende en su determinación jurídica y ética de que haya precedido un correcto **(CI)**, en que ambas partes (médico y paciente) hayan asumido la posibilidad y la responsabilidad compartida de los riesgos.

Informar es un deber ético y jurídico del médico, acto en torno al cual se desarrolla una relación médico-paciente armoniosa y sana. En la medida en que el médico cumpla con su obligación de informar debida y ampliamente, las consecuencias de sus actos, difícilmente darán lugar a cuestionamientos jurídicos o éticos. De eso deben los médicos estar absolutamente conscientes.

6. Conclusiones

Existe consenso de que el **(CI)** es un proceso (no sólo un documento) de comunicación continuo y gradual que se da entre el médico y el paciente, y que sirve como expresión tangible del respeto de la autonomía y dignidad de las personas, así como del respeto a su derecho de acceso a la información.

El **(CI)** implica, por parte del personal de salud, informar de forma completa, íntegra, clara y suficiente al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad o padecimiento, el procedimiento diagnóstico o terapéutico a utilizar, los riesgos y beneficios que conlleva.

va y las posibles alternativas de tratamiento; y la posibilidad para el paciente de decidir sobre su salud e integridad física, de forma autónoma y digna.

Esta doble función del **(CI)**, permite que ambas partes, el médico y/o el personal de salud se corresponsabilicen de la toma de las decisiones, conjuntamente con el paciente y/o sus familiares, lo que tiene implicaciones jurídicas y éticas claras en la toma de decisiones y sus consecuencias.

En el ámbito bioético, cumplir con informar al paciente de manera exhaustiva y clara, significa observar los principios de autonomía, dignidad e igualdad, que se engloban en una perspectiva liberal en la toma de decisiones del ser humano y que le responsabiliza de las consecuencias.

Las obligaciones que el médico contrae, generalmente implican su compromiso en actuar con la mayor diligencia, empleando los conocimientos que se encuentran aceptados por la comunidad científica médica para el tratamiento del caso, usar los medios posibles y disponibles para el tratamiento y ser exhaustivo en ello para lograr el mejoramiento de la salud del paciente. Pero no se le puede exigir que logre fines inalcanzables para la ciencia médica. A esto la teoría jurídica de las obligaciones le ha denominado obligaciones de medios, que se distingue de las obligaciones de resultado, que exigen del deudor el otorgamiento de una prestación concreta última, sin importar el actuar que haya mediado para ello.

Relacionados todos los conceptos anteriores, puede evidenciarse que para cada caso, se generan cierto tipo de obligaciones que penden de la *lex artis ad hoc*, de las obligaciones de medios o de resultado que se contraen, y que ello debe explicitarse muy claramente al paciente, para que de manera conjunta tome las mejores decisiones, asesorado del médico.

La convergencia de estas circunstancias claramente tiene implicaciones jurídicas en la determinación de la responsabilidad. Si bien en todos los casos, es preciso informar debidamente al paciente y que él o sus familiares otorguen el **(CI)**. Cuando sean obli-

gaciones de resultado, el **(CI)** debe ser más detallado, claro y exhaustivo, para que queden claros los compromisos contraídos por cada parte.

Si para las obligaciones de medios, en que lo que hay que demostrar por parte del médico es la debida diligencia en su actuar, se necesita obligadamente de haber informado al paciente para que otorgara su consentimiento sobre el actuar médico; para las obligaciones de resultado, la obligación es mayor, tanto desde el punto de vista jurídico como bioético.

La gravedad y/o trascendencia de las consecuencias de cualquier tratamiento médico implica la salud y bienestar social del paciente, el cual tiene todo el derecho de disponer sobre ello, con la mayor libertad y consciencia.

Finalmente, es obligación internacional de los Estados velar porque el **(CI)** no sólo se encuentre regulado en su normativa interna, sino que cumpla su carácter previo, libre y pleno, en aras de salvaguardar los derechos más íntimos de las personas, como es su dignidad, su autonomía, su salud y sus decisiones de vida.

Referencias bibliográficas

¹ Comisión Nacional de Bioética. conbioetica-mexico.salud.gob.mx

² CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERECHO FUNDAMENTAL DE LOS PACIENTES. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XI, Agosto de 2012, Tomo 1, Tesis 1ª XLIII/2012 (10ª.), pag. 478, No. Reg. 2001271

³ CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SUS FINALIDADES Y SUPUESTOS NORMATIVOS DE SU EXCEPCIÓN. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 32, Julio de 2016, Tomo I, Tesis 1ª CXCVII/2016 (10ª), pág. 314, No. Reg. 2012107

⁴ Declaración de Lisboa. 34 Asamblea Médica Mundial. World Medical Association, Inc. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/14/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=%5Bpage%5D/%5BtoPage%5D>

⁵ Convenio para la protección de derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Consejo de Europa, 1997. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf>

⁶ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Octubre 2005. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

⁷ Código de Bioética para el Personal de Salud México 2002. Art. 14. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_bioetica.pdf

⁸ Art. 4.2. de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente Clínico. D.O.F. 15 de octubre de 2012. (Cuarta Sección)

⁹ PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. CONTENIDO DEL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 34, Septiembre de 2016, Tomo I, Tesis 1ª. ccxxv2016 (10ª), Pág. 507, No. Reg. 2012509

¹⁰ CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. JUSTIFICACIÓN DE SU SUPUESTO DE EXCEPCIÓN. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 32, Julio de 2016, Tomo I, 1ª cxcix/2016 (10ª), pág. 313, No. De Registro 2012106

¹¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia Caso I.V. vs. Bolivia. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf p. 50

¹² Rozo P. Las obligaciones de medios y de resultado y la responsabilidad de los médicos y de los abogados en el derecho italiano. Revista Derecho Privado, 1998/1999 jul/dic [citado 10 mar 2017]; 4:139-149. Disponible en: <file:///Users/zo-raida/Downloads/Dialnet-LasObligacionesDeMediosYDeResultadoYLaResponsabili-3253588.pdf>

¹³ Valle A, Varela M, Fernández H. Arbitraje médico, fundamentos teóricos y análisis de casos representativos. ed. Trillas: México; 2014. 278 p.

¹⁴ LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro xxv, Octubre de 2013. Tomo 3, Materia: Administrativa. Tesis:1.4º.A.92ª(10ª). Registro: 2004722.

¹⁵ GUÍAS O PROTOCOLOS MÉDICOS EXPEDIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD O POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN LA MATERIA. SU FUNCIÓN PARA EFECTOS DE DETERMINAR UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro xvi, Enero de 2013, Tomo 1, 1ª xxvi/2013 (10ª). Registro: 2002531

¹⁶ RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA. ELEMENTOS QUE DEBEN ACREDITARSE, SEGÚN SE TRATE DE OBLIGACIÓN DE MEDIOS O DE RESULTADOS. Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito. Semanario Judicial de la Federación, Libro iv, Enero de 2012, Tomo 5, Tesis I,4º.C.329.C(9ª) Reg. 160354

¹⁷ "RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR PRESTACIÓN DEFICIENTE DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICO. LA CARGA DE LA PRUEBA DE DEBIDA DILIGENCIA RECAE EN EL PERSONAL MÉDICO". Primera Sala, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro xi, Agosto de 2012, tomo 1, Tesis 1ª cxxxii/2012 (10ª), Reg. 2001476

¹⁸ RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA. LA CARGA PROBATORIA DEL ACTOR PUEDE SATISFACERSE TAMBIÉN MEDIANTE INDICIOS OBTENIDOS A PARTIR DE LAS PRUEBAS APORTADAS POR EL DEMANDADO. Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito. Semanario Judicial de la Federación y

su Gaceta. Libro IV, Enero de 2012, Tomo 5, Tesis I.4° C.330 C(9ª), Reg. 160353.

¹⁹ López-de la Peña x. El contrato médico. Gaceta Médica de México. 2000; 136(6):639-641.

²⁰ Labariega A. El contrato de atención médica. Naturaleza jurídica. Revista de Derecho Privado. 2002 Sept-Dic; 3:53-90.

²¹ Vázquez R. Bioética y el ejercicio de la práctica médica. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Derecho y Medicina. Intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI. México:SCJN; 2008, p.369.

²² Kershenobich D. La decisión del paciente y la ética médica. En: Rivero O., y Durante I.(Coords.) Tratado de Ética Médica. México:Trillas; 2009., p.110

²³ DAÑO MORAL. HIPÓTESIS PARA LA PROCEDENCIA DE SU RECLAMACIÓN. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXVII, Marzo de 2008, Tesis I.11° C.J/11, Jurisprudencia, Reg. No. 170103.

24 TRATAMIENTOS MÉDICOS. NECESIDAD DE INFORMACIÓN PREVIA AL PACIENTE O SUS FAMILIARES, DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXVIII, Octubre de 2008, Tesis: I.4° C.31K, Reg. 168530.

Informed consent for medical attention, as a legal and ethical process of co-responsibility in decision-making: Analysis of Mexican legislation

*Zoraida García Castillo**

Abstract

Informed consent by the patient and/or their relatives for medical acts regarding the patient's condition or disease, the diagnostic or therapeutic procedure, the risks and benefits involved, and the possible alternatives, is an essential process in the physician-patient relationship. Informed consent favors the free, independent and dignified decision of the patient, concerning his body, health and social environment. The medical obligations depend upon the *lex artis ad hoc*, the obligations of means or result that are contracted, which involve legal and ethical obligations, with their consequent responsibilities. Those obligations arising from the physician-patient relationship are clarified with the provision of adequate and clear information, and responsibility in decision making by both parts. The challenge is to fulfill this act, while recognizing its legal and ethical value.

Key words: Medical shared responsibility. Physician-patient relationship. *Lex artis ad hoc*. Obligations of means. Obligations of result.

** Coordinator of the Bachelor's Degree on Forensic Science, School of Medicine, UNAM, and Advisor for the National Commission of Medical Arbitration.
zoraidagc@unam.mx
Translation was not reviewed by the author.

1. Introduction

Conflicts in medical procedure pose legal and ethical dilemmas, in which interminable factors of origin can be identified: lack of clear and reliable communication between doctor and patient, failure to assemble the appropriate clinical file, the obligatory relationship between error in diagnosis and error in treatment, the material and logistical deficiencies that often occur in the health sector and failure to provide a duly informed consent on the part of the patient, among others.

This last case is intimately interrelated with all the previous. If no clear and reliable communication exists between doctor and patient, informed consent is not possible; and if there is no compliance in assembling the correct clinical file, necessary informed consent will surely not be obtained; if there was an error in the diagnosis and therefore in treatment, the informed consent –if it – as granted– will also have been questionable; if there are material and logistical shortcomings in terms of health care provision, informed consent (IC) will surely be subject to many variables making it unreliable.

Thus, IC stands as an important link in the ethical and legal chain of the doctor-patient relationship, the execution of the medical procedure and, therefore optimal implementation of the medical care service.

This article intends to reflect on the role played by ethical and legal analysis in the medical procedure; as well as its transcendence as the guiding axis in the doctor-patient relationship.

2. IC in medical care. Concept and regulation

IC is a continuous and gradual process of communication that takes place between doctor and patient, which is consolidated in a document that serves as the tangible expression of respect for a

person's autonomy,¹ respect for them to exercise their right of access to information and their dignity. In a one-off thesis in 2012, the First Chamber of the Supreme Court of Justice of Mexico, defined IC as a fundamental right of patients, necessary consequence or explicitness of the rights to life, physical integrity and freedom of conscience. It specifically referred to this, as the right of the patient to either grant or deny his valid informed consent for implementing treatments or medical procedures. Thus, the patient assumes the risks and consequences inherent or associated with the authorized intervention, but exclude medical responsibility is not excluded should there be negligent action on the part of the doctors or health institutions involved.²

IC implies, on one side, the doctor's responsibility to inform the patient in a complete, integral, clear and adequate way concerning the nature of his illness, the diagnostic or therapeutic procedure to be used, the risks and benefits that this entails and any possible alternatives; and on the other, the responsibility of the patient to decide in an autonomous and dignified way about himself, in an informed manner.

In another thesis in 2016 the First Chamber of the High Court in Mexico pointed out that IC has a dual purpose. Firstly, authorization on the part of a person to submit to medical procedures or treatments that may affect their physical integrity, health, life or freedom of conscience and secondly, this is a form of compliance on the part of the doctor; the duty of inform the patient concerning diagnosis, treatment and/or medical procedure, as well as the implications, effects or consequences that might result to their health, physical integrity or life.³

The information process is complex, because you have to take into account multiple factors such as the possibility that the patient is not able to consent, that the nature of the medical procedures involve a certain type of consent or denial, that for each medical procedure a specific consent is required, or there may be innumerable risks arising from the procedure.

In general, IC must be taken prior to treatment, adapted to the particular case, be comprehensive (include all benefits and risks involved in the decision making) and be clear, precise and understandable to the patient or their family members.

In the Declaration of Lisbon of the 34th World Medical Assembly (1981), IC was found to be necessary to comply with a number of patient rights: self-determination, information and dignity.⁴

In the Convention for the protection of Human Rights and the dignity of the human being, with respect to the applications of Biology and Medicine (European Council, 1997 Oviedo Convention), protective provisions for the will of the informed patient are defined, including age, mental capacity, or urgency as directly prescribing their free and unambiguous consent; in fact, the outline of the desires expressed above is anticipated.⁵

In numbers 5 and 6 of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of 2005, it was pointed out that any preventive, diagnostic and therapeutic medical intervention should only be carried out with the free and informed consent of the person concerned, based on adequate information. This must be expressed and the patient may revoke it at any time and for any reason, without this implying any disadvantage or harm. Emphasis is placed on respect for the autonomy of the person and the exercise of his responsibility.⁶

In Mexican legislation, the General Health Law (GHL) in its articles 51 Bis 1 and 51 Bis 2, includes the right of health service users, to receive sufficient, clear, timely, and truthful information, and necessary guidance related to their health, and any risks and alternatives involved in therapeutic and surgical diagnostic procedures, that are indicated or applied. In the case of indigenous patients, this establishes their right to obtain necessary information in their own language.

Users have the right to decide freely on the application of the diagnostic and therapeutic procedures offered. In case of emergency or temporary or permanent disability, the authorization will

be granted by the accompanying relative or their legal representative; if this is not possible, the health service provider will proceed immediately to preserve the life and health of the user, leaving a record in the clinical file. This is also part of the (GHL) Regulation for the provision of health care services (RLGSPSAM), in articles (29, and 80 to 82). The Mexican (GHL), provides a complementary facility to the right to decide, that users of public health services in general, will have the possibility of accessing a second opinion.

It also establishes the obligation of every hospital, to obtain the written and signed authorization of the patient upon admission, in order to carry out the necessary medical-surgical procedures for diagnostic purposes or to treat a condition. And to explain the document, type of suffering and possible risks and side effects to the patient. This does not exclude that for each subsequent high risk procedure, that they will be informed once again, along with the same requirements. (Article 80 of the RLGSPSAM)

The most important of IC requirements is the description of the procedure or treatment to be applied and its explanation, which must include its consequences, risks and side effects, so that the consent truly implies participation on the part of the patient concerning the decision about their body and health, which implies respecting their integrity and autonomy.

The Bioethics Code for Health Personnel Mexico 2002, proposed by the Ministry of Health and the National Bioethics Commission, establishes that “the patient or his legal representative must be informed by the attending physician, in a humanitarian way, about their illness, treatment alternatives and probable complications and how to avoid these. This will be expressed in clear and truthful language, in a way that is intelligible to the patient, enabling them to participate in the management of their own illness.”⁷

This is precisely the goal that is envisaged with a complete and clear IC taking into account the patient’s opinion, which can only be effectively accomplished, if it follows clear recommended procedures, with the alternatives, inherent risks, after effects and other

consequences of decision making; above all, it makes them a co-participant in the treatment and they take responsibility during the recovery or rehabilitation process.

The Official Mexican Standard NOM-004-SSA3-2012, from the Clinical File, also refers to IC as: “a medical or surgical procedure is accepted for diagnostic, therapeutic, rehabilitative, palliative or research purposes, once information about the expected risks and benefits have been received by the patient.”⁸

This way that the IC fulfills a bidirectional function, on the one hand, the ethical and professional duty to inform the patient or their relatives, and receive authorization to perform the procedures that are intended, so that the doctor, the medical institution and the patient, jointly and co-responsibly assume the consequences of the decision.

In case of controversy, this constitutes proof that the doctor not only complied with informing, but that the patient, knowing about the overall procedure, risks and consequences, consented. If this were to occur, the doctor would only be responsible for any acts resulting from bad practice, which failing to follow the *lex artis ad hoc*, would cause damage.

The breakdown provided by the NOM itself is interesting, as point 10.1, describes the requirements that should be covered by the IC document, in which in addition to the points already included in other material, establishes the authorization for health personnel to attend contingencies and emergencies derived from the authorized medical act, taking into account the principle of prescriptive freedom; the complete references of the doctor who provided the information and who obtained consent; as well as the procedure should the patient be unable to sign the document. In this same regulation, the minimum events required by the IC document, namely hospital admission; principal surgical procedures; procedures that require general or local anesthetic; tubal ligation and vasectomy; donation of organs, tissues and transplants; clinical

research in humans; hospital necropsy; the diagnostic and therapeutic procedures considered by the doctor as high risk or any procedure involving mutilation. These are procedures for which there is a minimum obligation to attain the patient's IC, but can and should have as many consents as the procedures requires, based on the risks involved according to the doctor's criteria.

The definition of minimum content that the IC must comply with has been the subject of judicial dissertation, in the light of dispersed and apparently inadequate regulation. Therefore, the First Chamber of the Mexican Supreme Court, in a one off thesis, has established the following minimum requirements for granting permission, depending on each specific case:

- Patient's state of health.
- Diagnosis of their ailment
- Treatment or interventions necessary to treat this and any alternatives.
- Inherent risks and effects.

Emphasising that these requirements are not immutable and should be constantly updated.

The person who is bound to this duty of informing the patient is the responsible doctor and medical professionals who will perform a specific medical procedure (healthcare process, invasive technique or procedure, interconsultation, etc.), which may affect the patient's domain of rights.

The recipient is the patient himself or the persons bound to him by familial, factual or legal ties who can legally make a decision about their medical care.

Likewise, the duty to inform is not exhausted at a specific stage and will depend on each specific case and its factual context, taking into account that the information must be continuous, truthful, understandable, explicit, provided at the moment when the doctor considers it to be viable, prior to any treatment or intervention and its granting may be oral or written

The degree or timing of the granting of the information will depend on the patient's capacity, his desire to be informed (he cannot be forced to receive the information), the level of risk and the existence of a state of emergency.⁹

This last point is of particular interest and novelty value concerning the criteria issued by the High Court up to now, based on existing regulations. It was understood that the IC had to be provided previous to any intervention or treatment that implies an effect on physical integrity, health, life or freedom of conscience of the patient, but some exceptions are justified when the physical events do not permit a delay, owing to the possibility that serious or irreversible damage to the patient may occur.

Article 81 of the RLGSPSAM states that in case of emergency or of a state of transitory or permanent disability, when it is not possible to obtain the authorization of their closest relative, guardian or representative for the necessary medical-surgical treatments or procedures, the doctors, taking prior evaluation of the case and with an agreement between two of them, will carry out the treatment or procedure that is required, leaving a written statement in the clinical record describing this action. In this regard, the Supreme Court of Mexico has indicated that the legal system itself weighs up the will of the patient against the obligations of all medical-health personnel to take the necessary actions to respect and protect the right to health, integrity and/or life of a person. Thus, the case of urgency that justifies the medical procedure, despite the absence of the IC of the patient, is the way in which the legal order reconciles both values, prioritizing the protection of health, but consistently subjecting the doctor or diverse medical-health professional to the highest standard in order to accredit medical due diligence.¹⁰

This criterion justifies the exception that comes into play to not necessarily have the consent of the patient before performing an intervention or treatment that they require because they are at high risk.

If during the execution of a medical procedure that involves high risk for the patient, the doctor does not previously attain the IC and does not prove a case of urgency, this will be considered medical negligence for transgressing the *lex artis ad hoc*, should there be consequential damage. (In my opinion, even without the existence of this factor, this could still be proved as negligence, possibly leading to civil liability for moral damage, as explained below).

3. Case IV vs. Bolivia. Inter-American Court of Human rights

Regarding urgent cases for which the failure to grant prior informed consent might be justified, on November 30, 2016, the Inter-American Court of Human Rights resolved a matter regarding the international obligation of States to ensure obtaining IC prior to performance of any medical act, principally based on the autonomy and self-determination of the individual.

The facts that instigated this resolution occurred in 2000, when Mrs. IV went to a public hospital in Bolivia to give birth to her third daughter. With a normal pregnancy of 38.5 weeks, the doctor performed a cesarean, due to involution of the uterus and because the fetus was in a transverse position. During this intervention, the doctor decided to perform a tubal ligation.

Prior to the surgical procedure, the husband signed a document called “family authorization for surgery or special treatment” regarding the cesarean section, but neither he nor his wife authorized the execution of the tubal ligation.

The defense argument was based on the discovery of multiple adhesions at the level of the inner segment of the uterus, a factor cited as a reason to carry out urgent tubal ligation. The doctor reported that this was for medical reasons and was accepted by the patient, who understood that her life would be endangered with a

future pregnancy. However, Mrs. IV denied that she had given verbal consent and it was not until the visit of the resident doctor that she discovered that tubal ligation had been performed.

The Inter-American Court considered in this case that the concept of IC consists of a prior decision to accept or submit to a medical act in a broad sense, obtained in a free manner, without threats or coercion, inducement or improper inducement, manifested after obtaining adequate, complete, reliable, understandable and accessible information, provided that this information has truly been understood, permitting the full consent of the individual.

The IC, continues saying this resolution, constitutes a positive decision to submit to a medical act, derived from a process of decision or prior free and informed choice, which constitutes a bidirectional mechanism for interaction in the doctor-patient relationship, by means of which the patient participates actively in the decision making, thus distancing from the paternalistic vision of medicine, and focusing on individual autonomy.¹¹

The rights considered to have been violated consisted of personal integrity, personal freedom, dignity, private and family life, access to information, the founding of a family, recognition of legal personality, and non-discrimination. In his concurring vote, the judge opined that the case should have also been studied in light of the violation of the right to health, a point on which I absolutely agree.

The Court noted that in the Inter-American system for the protection of human rights, there is no conventional norm on bioethics and human rights that extends the scope and content of the informed consent rule, and in this sense the corpus juris international of the subject was invoked. Taking into account the norms of the World Health Organization, the International Federation of Gynecology and Obstetrics, the World Medical Association and the United Nations Organization for Education, Science and Cul-

ture concludes that IC is based on the condition of its free and comprehensive character.

Specifically, in the case that was resolved, sterilization does not constitute a medical emergency procedure, for which it could be alleged that the patient's life is threatened in the event of a future pregnancy.

The infringement that implied by the execution of a medical procedure that affects not only the health of the patient, but their life decisions, is undoubtedly enormous. Because of its consequences, the decision to impose such a strategy cannot be exclusive to the doctor or the State health system. Respect for autonomy of decision implies respect for the dignity of the person, which is precisely what in large part protects the IC process.

4. IC in relation to obligations of means and obligations of result

In Mexico, the receipt of necessary and sufficient information for the patient to grant an IC, is crucial and must be accredited by the Official Mexican Norm NOM-004-SSA3-2012, from the clinical file, known as the IC form. How much information is necessary and sufficient? What is the minimum and maximum limit of information to be provided? What happens if you do not have a way of certifying that the information was given and that the consent was granted, in a conscious and adequate manner?

From the perspective of civil law, obligations of means consist of those where the debtor undertakes to perform an activity, regardless of whether a certain purpose is fulfilled; in contrast, obligations of result are those where the debtor is obliged to fulfill a certain purpose without following any specific method.¹² Thus, in the obligations of means, the obligated undertakes to provide a service without necessarily implying the obligation to fulfill a con-

crete result, whereas in the obligation of result, the commitment is to fulfill a purpose, regardless of the necessary means

If we transpose these descriptions to the obligations that are generated in the medical context, obligations of means are those that the doctor or the health service provider acquires in order to carry out all the necessary activities to comply with improvement to the state of health, using all means and capabilities possible and with the utmost diligence. In contrast, obligations of result in the doctor-patient relationship translate into a commitment on the part of the health service provider to fulfill a certain goal, a desired result. Obligations for this type of result occur specifically in the areas of cosmetic surgery and, occasionally, dental health.

The difference between one type of obligation and another resides in the object of benefit. Whereas, in the obligations of means, the aim is to carry out the corresponding activity properly which in the case of medical activity, is to perform all inherent acts with care and diligence, following the *lex artis ad hoc* and with professionalism; in the obligations of result, the aim of the exercise is instead to achieve the anticipated objective.

If we focus on these differences in medical action, the health service provider complies with the obligations of means when it renders its services with the utmost diligence, closely following the *lex artis*, and should the result not comply with what was expected, it cannot impute breach of duty. On the other hand, if the doctor is committed to achieving a concrete result, as occurs when performing an aesthetic surgical intervention, from which a specific change in the patient is expected, it is specifically required of him that he should fulfill that purpose.

The importance of distinguishing these two types of obligations transcends the definition of responsibilities that non-compliance could generate. In the case of obligations of result, the debtor is liable to compensate for the breach, if he cannot prove that it was due to a cause not attributable to him; in contrast, in the case of obligations of means, the debtor is only obliged to demonstrate

that he acted diligently and used all means at his disposal, which is appropriate in the exercise of a professional activity, for which diligence is considered in relation to the type of activity exercised.

Article 2615 of the Mexican Federal Civil Code, which corresponds to the section about Provision of Professional Services, establishes that the responsibility of the person rendering this type of service, only results from negligence, incompetence or willful misconduct, without prejudicing deserved penalties in the case of crime. This means that generally, this type of obligation requires the professional to exercise due means and not results.

When analyzing obligations of result, the Federal Civil Code itself, generally classifies obligations as providing or doing; and divides these second ones as doing or not doing, and points out in its articles 2027 and 2028 of interest to us, that if the person who is obliged to render an act does not do this in the agreed way, the creditor has the right to request at the expense of the person who undertakes this for the other person, a substitution if this is possible; likewise, whoever is obligated not to do something, is subject to the payment of damages in case of contravention.

The Mexican GHJ in article 51 states that users of health services have the right to obtain timely and quality health services and receive professional and ethically responsible care, as well as respectful and dignified treatment from professionals, technicians and assistants. These obligations are precisely those that are integrated or translated into the obligations of means, generally required from the medical professional, which should be ideal in terms of the medical *lex artis*, consisting of the set of rules for medical practice contained in the generally accepted literature, in which the ordinary means for medical care and for which criteria for use are established.

Regarding the previous examples of the resolution of medical disputes, the French Court of Cassation, in 1936, declared that in the medical contract “the commitment, if not precisely to heal the patient, but to give him at least some care, not just of any type,

seems to affirm this means, to be rather conscientious, attentive care and apart from in exceptional circumstances, complying with scientific knowledge.”¹³

This requirement referred to by the French Court is precisely the criterion found in the *lex artis ad hoc*, which has also been defined by the Collegiate Courts for Mexican judicial purposes. They point out that the *lex artis ad hoc* is an indeterminate legal concept that must be established for each case, in which the doctor, by a process of deliberation, prudently applies the measures to the specific clinical situation and to the extent of prevailing conditions. As medicine is not an exact science, neither can it predict or ensure favorable results in all cases, and professional limitations also exist concerning the interpretation of facts, for example when the clinical picture is not fully manifested, the patient does not understand the risks and benefits of a diagnostic or therapeutic procedure, or delivers incomplete information about his symptoms; likewise, the circumstances in which a clinical relationship occurs can affect the validity of the diagnosis and the effectiveness of therapeutic measures. Under these conditions, the great variability and complexity that surround a specific clinical condition, some dependent on the professional, others on the particular conditions of the patient, the resources or infrastructure available and the circumstances that surround it; it is impossible to apply the same regulations in all cases; instead these must be adapted to the specific case.¹⁴

In effect, the medical *lex artis* comprise the general elements accepted by the medical technician for care of a certain condition; whereas the *lex artis ad hoc*, constitute the rules applicable to a specific case, subject to specific and variable circumstances, also making the obligation to apply suitable means contracted by the doctor, variable and specific.

These obligations are complemented with the provisions contained in the generally applicable medical guidelines and protocols, which, although they are not enforced, are indicative, as they systematically conform to the criteria of adequate medical practice,

which has also been defined by the Judicial Power of the Federation, on this occasion, by the First Chamber of the Supreme Court of Justice of the Mexican Nation.¹⁵

The obligations of means defined from the guidelines or medical protocols are complemented by the prescriptive freedom of the doctor, which makes the content of the *lex artis ad hoc* even more complex, as it refers to adequate procedure on the part of the doctor in a specific case and this is precisely what is claimed.

The distinction between obligations of means and results, for the purposes of medical civil liability, has already served as a useful tool for distinguishing the elements that must be accredited. This is how it was established in a particular thesis written by the Collegiate Circuit Courts, indicating the following:

“... .. [The] exercise of medicine and the obligation of the professional ... consists of means, and not of results. ... the professional is not obliged to achieve a concrete result, but to deploy diligent conduct, fulfilling the so-called *lex artis ad hoc*, ... In this case, lack of diligence and negligence ..., are the aspects requiring proof. ...”¹⁶

The patrimonial or moral damage that is claimed for breach of a medical obligation, if it consists of means, implies that any injuries occurred and that they were due to the behavior of the medical professional must be proven, thus causing a violation of physical integrity, showing a causal link between the harm done and the doctor's behavior.

In obligations of means, the rule of responsibility by fault applies (the obligor is not responsible if his conduct has been diligent); whereas in obligations of result, the rule of objective civil liability applies: diligence observed by the obligor or debtor is irrelevant, because only the result is important. (12) This statement requires qualification, if one takes into account that medical acts are complex and have different consequences. We refer to the case in

which the act of a doctor with obligations of result (for example, a plastic surgeon or a dentist), will cause collateral damage to the patient, the type of responsibility that could be generated would have to be treated as obligations of means, in the case that they had acted diligently. Thus, the criterion of responsibility, if it consists of an obligation of means, is subjective; whereas if it is an obligation of result, it is objective. Therefore, there is great significance in this difference of criteria, with respect to the way they should be tested: in one, you have to prove guilt or fraud (greater degree of difficulty of proof) and, in another, it is sufficient to prove the fact.

Now, who should prove these facts? Who bears the burden of proof?

In the case of a claim for medical liability, unequal treatment between parties has been drawn from case law to ensure fairness in the trial. This, if one takes into account the disparity of possibilities of proof that the doctor and the health institutions have, in comparison to the patient, to prove what happened in terms of medical service provision.

Thus, the First Chamber of the Mexican Supreme Court of Justice has established, with regard to the State's patrimonial responsibility, that if it concerns a case arising from the provision of poor health service, proof of due diligence rests with the State medical institutions, attending to the victim's right to indemnification. This, due to the difficulty experienced by the victim (in this case, thus referred to as the patient) to prove the irregular behavior of the health centers. It is thus the State institution that must demonstrate that the medical procedure was performed according to the care established in the regulations referring to this matter with the due diligence required by the medical profession.

This criterion is justified under the principles of facility and probative proximity, based on which the burden of proof must be met by the party that has access to proof or can produce it or con-

tribute this to the process at a lower cost so that it can be evaluated by the judge.¹⁷

The criterion that the burden of proof lies with the health service provider prevails in Mexico, although the general rule that the person claiming an injury must prove the affectation has not ceased to apply. However, this tendency is modulated when it is admitted that the evidence provided by the defendant can also serve to relieve this burden.

This is stated by the Fourth Collegiate Court in Civil Matters of the First Circuit, which indicates that the burden of proof of the plaintiff, in terms of medical civil liability, can also be met by evidence obtained referring to evidence provided by the defendant:

“... the evidence will not necessarily have to be provided by the actor, [it may] ... be inferred by the Judge ... with mechanisms such as judicial presumption, ... that it will be for the defendant to prove ... that the harm did [not] occur, that its origin was not due to the behavior of the professional ... or that he acted with the utmost diligence or obtained the result, depending on whether it was an obligation of means or results”¹⁸

This thesis is prior to one that deposits the burden of proof totally on the medical service provider body, but it is not contrary, it is a first approach to deposit on the defendant the burden of proving that the damage did not occur, or that it was not his conduct that caused it and that he acted with the utmost diligence, if it was an obligation of means. It even shows the possibility that the evidence provided by the medical service provider can be very useful for establishing their responsibility.

Now, how does the subject of the evidentiary burden affect the subject originally discussed, consisting of the importance of having an IC at the opportune moment?

Where the most significant evidence to prove what happened in the provision of a medical service is precisely what is recorded in

the clinical record, in which the corresponding IC must be kept, with even greater necessity, in the case of obligations of results, for which the doctor is absolved from responsibility.

Because having an adequate and timely ic implies that the patient assumed certain consequences that would later make it difficult to make a claim resulting from negligence, if they know in advance that it involves risks that are inherent in the procedure to which he consented to submit, along with any consequences.

IC offers a healthy, clear and transparent shield with respect to the incidents that can occur during a medical intervention that the doctor and the patient assume together; so a possible claim for medical liability can to a large extent be avoided.

The IC must be appropriate for the type of obligations that the doctor assumes. If it is about obligations of means, it must contain sufficient and *ad hoc* information relevant to the case; but if it is a question of obligations of result, the IC may require formality and even more strict and exhaustive contents. Given this need for entirety, it is as much in the Mexican as in the international context, that the formality of the IC has been equated with that of a contract for the provision of professional services, even though there are differences in nature, regulation, elements and formalities, between one document and another.^{19,20}

5. Moral and ethical medical responsibility

To approach the topic from ethics, one must ask: Who should decide on the medical act, whether or not to undergo treatment? The doctor? The patient? Their families? To ensure that the decision is mainly that of the patient means to heed respect for the principle of autonomy, concerning one's own health and integrity.

Examining the damage or benefit that can be caused by making the decision implies considering the dignity, which means that de-

privation of property (in which rights or health or physical integrity conditions are included) cannot be imposed unjustifiably, and that nor can a person be used as an instrument to satisfy the wishes of another.

You also have to ask how an individual should be treated in relation to others. The principle of equality implies that all human beings should be treated with the same respect for their dignity, which in the field of medical treatment, the provider of health services should welcome everyone, following a principle of non-discrimination and grant benefits or impose charges differently, only by virtue of relevant distinctive features.

The combination of the principles of autonomy, dignity and equality, as mentioned, constitute a sufficient normative basis for the construction of a liberal theory, under which only human beings, through their individual choices, can be susceptible to moral evaluation.²¹ Therefore, decision-making through duly informed consent is the fundamental basis for the exercise of individual freedom with the imputation of consequent responsibility.

Autonomy and dignity must be taken into account in the decision-making process. From the ethical point of view, a decision concerning medical treatment has to be analyzed from two very different perspectives: that of the doctor and that of the patient. The former rationalizes much of his decision, according to the curability of the disease; whereas the patient considers other variables such as their quality of life, the social environment, economic aspects, customs, culture and religion. If the decision is made jointly, with a convergence of all the arguments and with the greatest and best information possible, the best strategy will be implemented to deal with any uncertainty.²²

In the opinion of medical responsibility, the pronouncement is usually focused on the analysis of the medical procedure, adequate execution of *lex artis ad hoc* and, in case of material damage to the patient, this is sanctioned, only if the causal link between harm

and negligent or equivocal medical action can be proved. This type of medical responsibility is objective and of a civil nature.

There is moral damage if the patient does not understand the magnitude of the treatment or procedure to which they have subjected themselves, or the risks and consequences involved. The anguish, uncertainty and fear regarding what happens to your body and physical integrity, is a situation that can be avoided with good communication between doctor and patient.

Compensation for moral damage can be claimed by civil means, for omission of due information²³. This translates into an unlawful omission (contrary to applicable regulations), does not require material damage and is carried out in a context of contractual or non-contractual liability, depending on the specific case. It can be claimed by civil means, which implies updating the ensuing responsibility of the doctor or health institution.

In Mexico, the patient has the right to remain informed about any risks and benefits related to any treatment to their body and integrity. As established in 2008, by the Fourth Collegiate Court on Civil Matters of the First Circuit.²⁴

The medical act and its consequences may lead to material injuries to the integrity of the patient, his health, person or heritage, as well as extra-material injuries, which affect his personality and are difficult to assess. The responsibility for such injuries depends on their legal and ethical determination that it was preceded by a correct IC, in which both parties (doctor and patient) have assumed the possibility and shared responsibility for any risks.

The doctor has an ethical and legal obligation of to inform, an act around which a harmonious and healthy doctor-patient relationship develops. To the extent that the doctor complies with his obligation to inform adequately and thoroughly, the consequences of his actions, is unlikely to give rise to legal or ethical questions. Doctors should be absolutely aware of this.

6. Conclusions

There is consensus that the IC is a process (not just a document) of continuous and gradual communication that takes place between the doctor and the patient, which serves as a tangible expression of respect for the autonomy and dignity of people, as well as respect for their right of access to information.

IC implies, on the part of health personnel, to inform the patient in a complete, integral, clear and adequate way about the nature of their illness or condition, the diagnostic or therapeutic procedure to be used, the risks and benefits that this entails and the possible alternative treatments; and the possibility for the patient to decide on their health and physical integrity, autonomously and with dignity.

This double function of the IC, permits both parties, the doctor and/or health personnel to be jointly responsible for making decisions, together with the patient and/or their relatives, with clear legal and ethical implications concerning decision making and its consequences.

In the bioethical context, to comply with informing the patient in a comprehensive and clear way, implies respecting the principles of autonomy, dignity and equality, which are part of a liberal view of a human being's decision-making which also holds him responsible for the consequences.

The obligations contracted by the doctor, generally imply a commitment to act with the utmost diligence, using the knowledge that is accepted by the medical scientific community for the treatment of the case, availing of possible and available means for treatment in an exhaustive manner in order to achieve the improvement of the patient's health. However he cannot be obliged to achieve unattainable ends for medical science. In this sense, the legal theory of obligations has named these obligations of means, in contrast to obligations of result, that demand of the debtor the granting of a final concrete benefit, without worrying about the action that has been taken to achieve it.

In relation to all the previous concepts, it can be shown that for each case, certain types of obligations are generated that depend on the *lex artis ad hoc*, the obligations of means or of results that are contracted, and that this must be made very clear to the patient, in order to jointly make the best decisions, as advised by the doctor.

The convergence of these circumstances has clear legal implications for determining responsibility. Although in all cases, it is necessary to inform the patient adequately and that he or his family members grant the IC. When it refers to obligations of result, the IC must be more detailed, clear and exhaustive, so that the commitments made by each party are clear.

In the case of obligations of means, if the doctor has to demonstrate the due diligence of his act, he is obliged to have communicated this to the patient so that he can give his consent to the medical procedure; for the obligations of result, this obligation is greater, both from the legal and bioethical point of view.

The seriousness and/or transcendence of the consequences of any medical treatment imply the health and social welfare of the patient, who has every right to express an opinion about the matter, with the total freedom and conscience.

Finally, it is the international obligation of the States to ensure that the IC is not only regulated in terms of internal rules, but that it fulfills its previous, free and full character, in order to safeguard the most intimate rights of the people, comprising their dignity, their autonomy, their health and their life decisions.

Bibliography

¹ Comisión Nacional de Bioética. conbioetica-mexico.salud.gob.mx

² CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERECHO FUNDAMENTAL DE LOS PACIENTES. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Book XI, August 2012, Volume 1, Thesis 1ª XLIII/2012 (10ª.), p. 478, Reg. No. 2001271

³ CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SUS FINALIDADES Y SUPUESTOS NORMATIVOS DE SU EXCEPCIÓN. Gaceta del Se-

manario Judicial de la Federación, Book 32, July 2016, Volume I, Thesis 1ª cxcvii/2016 (10ª), p. 314, Reg. No. 2012107

⁴ Declaración de Lisboa. 34 Asamblea Médica Mundial. World Medical Association, Inc. Available on: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=%5Bpage%5D/%5BtoPage%5D>

⁵ Convenio para la protección de derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Consejo de Europa, 1997. Available on: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf>

⁶ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. October 2005. Available on: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

⁷ Código de Bioética para el Personal de Salud México 2002. Art. 14. Available on: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_bioetica.pdf

⁸ Art. 4.2. de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente Clínico. D.O.F. October 15, 2012. (Fourth Section)

⁹ PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. CONTENIDO DEL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Book 34, September 2016, Volume I, Thesis 1ª. ccxxv/2016 (10ª), p. 507, Reg. No. 2012509

¹⁰ CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. JUSTIFICACIÓN DE SU SUPUESTO DE EXCEPCIÓN. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Book 32, July 2016, Volume I, 1ª cxcix/2016 (10ª), p. 313, Reg. No. 2012106

¹¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia Caso IV vs. Bolivia. Available on: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf p. 50

¹² Rozo P. Las obligaciones de medios y de resultado y la responsabilidad de los médicos y de los abogados en el derecho italiano. Revista Derecho Privado, 1998/1999 Jul/Dec [cited March 10, 2017]; 4:139-149. Available on: <file:///Users/zoraida/Downloads/Dialnet-LasObligacionesDeMediosYDeResultadoYLaResponsabili-3253588.pdf>

¹³ Valle A, Varela M, Fernández H. Arbitraje médico, fundamentos teóricos y análisis de casos representativos. Trillas Publisher: México; 2014. 278 p.

¹⁴ LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Book xxv, October 2013. Volume 3, Subject: Administration. Thesis: 1.4º.A.92ª(10ª). Reg. No.: 2004722.

¹⁵ GUÍAS O PROTOCOLOS MÉDICOS EXPEDIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD O POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN LA MATERIA. SU FUNCIÓN PARA EFECTOS DE DETERMINAR UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Book xvi, January 2013, Volume 1, 1ª xxvi/2013 (10ª). Reg. No.: 2002531

¹⁶ RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA. ELEMENTOS QUE DEBEN ACREDITARSE, SEGÚN SE TRATE DE OBLIGACIÓN DE MEDIOS O DE RESULTADOS. Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito. Semanario Judicial

de la Federación, Book IV, January 2012, Volume 5, Thesis I,4º.C.329.C(9ª) Reg. No.: 160354

¹⁷ "RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR PRESTACIÓN DEFICIENTE DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICO. LA CARGA DE LA PRUEBA DE DEBIDA DILIGENCIA RECAE EN EL PERSONAL MÉDICO". Primera Sala, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Book xi, August 2012, Book 1, Thesis 1ª CXXXII/2012 (10ª), Reg. No.: 2001476

¹⁸ RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA. LA CARGA PROBATORIA DEL ACTOR PUEDE SATISFACERSE TAMBIÉN MEDIANTE INDICIOS OBTENIDOS A PARTIR DE LAS PRUEBAS APORTADAS POR EL DEMANDADO. Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Book IV, January 2012, Volume 5, Thesis I.4º C.330 C(9ª), Reg. No.: 160353.

¹⁹ López-de la Peña X. El contrato médico. Gaceta Médica de México. 2000; 136 (6):639-641.

²⁰ Labariega A. El contrato de atención médica. Naturaleza jurídica. Revista de Derecho Privado. 2002 Sept-Dec; 3:53-90.

²¹ Vázquez R. Bioética y el ejercicio de la práctica médica. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Derecho y Medicina. Intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI. México:SCJN; 2008, p.369.

²² Kershenobich D. La decisión del paciente y la ética médica. In: Rivero O., y Durante I.(Coords.) Tratado de Ética Médica. México:Trillas;2009., p.110

²³ DAÑO MORAL. HIPÓTESIS PARA LA PROCEDENCIA DE SU RECLAMACIÓN. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Volume xxvii, March 2008, Thesis I.11ºC.J/11, Jurisprudencia, Reg. No.: 170103

²⁴ TRATAMIENTOS MÉDICOS. NECESIDAD DE INFORMACIÓN PREVIA AL PACIENTE O SUS FAMILIARES, DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Volume xxviii, October 2008, Thesis: I.4ºC.31K, Reg. No.: 168530

Ética y Health Technology Assessment (HTA): sobre las dificultades de su integración

*Pietro Refolo**

Resumen

La ética ha sido desde siempre considerada parte integrante de los procesos de *Health Technology Assessment* (HTA), en el sentido de que la valoración de las consecuencias de tipo ético relativas al uso de tecnologías sanitarias representa uno de los objetivos fundamentales de este sector de investigación, según el criterio de las valoraciones sobre la seguridad, la eficacia, el impacto económico, el organizativo, socio-cultural y legal. A estas declaraciones de intenciones no ha correspondido una efectiva actuación en la práctica: la ética no ha tenido gran espacio en la HTA y sólo raramente los análisis éticos han encontrado lugar en los report. Sobre las razones de la dificultad de integrar la ética en la HTA se ha presentado una serie de hipótesis.

Es presente artículo pretende argumentar sobre la hipótesis, según la cual, a la base del fracaso de la integración de la ética en la HTA, exista también y sobre todo un problema de naturaleza epistemológica.

*Doctor en investigación en Bioética, Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma.

(Email: pietro.refolo@rm.unicatt.it)

Título original: *Etica e Health Technology Assessment (HTA): sulle difficoltà della loro integrazione*. Publicado en la revista *Medicina e Morale*, 2015/2, p. 267-285. La traducción no fue revisada por el autor.

Palabras clave: Health Technology Assessment, dominio ético, epistemología.

Introducción

La ética ha sido desde siempre considerada parte integrante de los procesos de *Health Technology Assessment* (HTA), en el sentido de que la valoración de las consecuencias de tipo ético relativas al empleo de tecnologías sanitarias representa uno de los objetivos fundamentales de este sector de investigación, según el criterio de las valoraciones sobre la seguridad, la eficacia, el impacto económico, el organizativo, socio-cultural y legal.¹

Cuanto se ha dicho podría ser fácilmente verificado dando una mirada a las definiciones de HTA producidas por las diversas agencias, desde las más antiguas hasta las más recientes, en las cuales –es observable– la ética es casi siempre expresamente citada como su *DOMAIN* (dominio). Por ejemplo, en 1985 el Institute of Medicine (IOM) estadounidense definía la HTA como “any progress of examining and reporting properties of a medical technology used in health care, such as safety, efficacy, feasibility, and indications for use, cost, and cost-effectiveness, as well as social, economic, and *ethics* consequences, whether intended or unintended”.² Queriendo en cambio referir una definición más reciente, el European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) la define como: “a multidisciplinary process that summarises information about the medical, social, economic and ethical issues related to the use of a health technology in a systematic, transparent, unbiased, robust manner. Its aim is to inform the formulation of safe, effective, health policies that are patient focused and seek to achieve best value”.³

A estas declaraciones de intención no ha siempre correspondido una efectiva actuación en la práctica: de hecho la ética no ha tenido gran espacio en la HTA y sólo raramente los análisis éticos han en-

contrado lugar en los report. Si bien no tan recientes, los datos que siguen pueden corroborar la consideración expresada.

La investigación de Draborg y al.,⁴ que ha analizado 433 trabajos realizados entre 1989 y 2002 por once entre las principales agencias de HTA en el mundo, ha puesto en evidencia cómo tales report profundizaban en gran parte los aspectos clínicos de las tecnologías.

Una indagación realizada por Lehoux y al. en todos los documentos oficiales publicados entre 1995 y 2001 por seis agencias canadienses de HTA ha mostrado cómo sólo el 17% de ellos hacía referencia a problemáticas éticas y sociales.⁵

También, un análisis de 680 report producidos entre 1997 y 2006 por seis agencias canadienses ha evidenciado cómo sólo el 17% afrontaba cuestiones de tipo ético.⁶

En fin, una *survey* realizada a los autores de 223 report de HTA publicados entre 2003 y 2006, ha mostrado cómo sólo el 5% de ellos tenía en consideración cuestiones de tipo ético, social y organizativo.⁷

La tendencia descrita puede ser considerada inesperada por lo menos por dos órdenes de motivos: 1. a la base del nacimiento de la HTA como modalidad de investigación han existido preocupaciones de tipo ético relativas al uso de tecnologías;⁸ 2. existe un voluminoso capítulo de reflexión filosófica (pensemos, justo por poner algún ejemplo, en los puntos ofrecidos por autores como Horkheimer, Adorno, Heidegger, Jonas, Gehelen, Hottois), que ha subrayado la necesidad de un examen moral meticuloso del empleo de tecnologías, en modo que sorprende que, una vez presentada la “ocasión”, hayan sido pocos a ponerse en riesgo en esta actividad. En particular desconcierta que sobre todo la Bioética, que más que todas quizá habría debido sentirse “estimulada” en este sector de investigación, en un período en el cual por otra parte se suscitan cada vez más dudas sobre las posibilidades de su misma supervivencia, parece no tener en cuenta la oportunidad que se ha presentado.

Sobre las primeras, la exigüidad de experiencias de inclusión de los análisis éticos de los procesos de HTA no parece un problema de “método”, o sea relativo a la cuestión de “cómo” realizar este tipo de valoraciones. El panorama de los modelos a disposición para realizarlas es de hecho, en la situación actual, en tal modo amplio, que hemos llegado casi a la paradoja –como irónicamente ha sido observado por algunos⁹– de que estén presentes más modelos que aplicaciones. Una reciente revisión sistemática por obra de Assasi y al. ha, por ejemplo, encontrado 43 modelos para elaborar los análisis éticos en la HTA.¹⁰

Sobre las razones de la dificultad de integrar la ética en la HTA han sido propuestas una serie de hipótesis.

Para ten Have,¹¹ aquellas pueden ser expresadas como sigue: 1. el uso de tecnologías es considerado no relacionado a valores morales (*value-free*); 2. las únicas cuestiones percibidas como relevantes por los operadores de la HTA son: ¿funciona la tecnología? ¿cuánto cuesta? 3. la integración de las valoraciones éticas en los procesos de HTA es compleja; 4. los recursos y las competencias para realizar los análisis son exiguos.

Hofmann es, en cambio, de la idea de que la principal razón de la dificultad evocada, reside en el hecho de que no ha sido todavía suficientemente aclarado qué significa “integrar a ética en la HTA”.¹² En un artículo reciente,¹³ ha profundizado el argumento, especificando las razones que siguen: 1. los eticistas son considerados “extranjeros” en el campo de la HTA; 2. no existe una metodología de investigación compartida en el campo de la ética, en modo que ésta aparece deficitaria, insuficiente e inadecuada; 3. las valoraciones éticas no son consideradas capaces de afrontar eficazmente todas las cuestiones morales relacionadas con el uso de tecnologías; 4. las problemáticas discutidas son frecuentemente generales y no específicas para la tecnología en examen; 5. las cuestiones éticas más relevantes pueden ser afrontadas en otros *DOMAIN* (áreas) por ejemplo el económico; 6. la reflexión ética podría poner en discusión algunos asuntos sobre los cuales se apoyan los trabajos de

HTA como, por ejemplo, el modo por medio del cual son establecidos los *end-point* de los estudios, los paradigmas en base a los cuales son producidas las evidencias, el modo a través del cual son explicitados los intereses de los *STAKEHOLDER* (accionistas), etc.

En fin sobre el argumento se han expresado también Lehoux y Blume,¹⁴ observando que si, en la primera mitad del siglo pasado, la conducción de investigaciones científicas sobre la base de instancias éticas ha llevado a resultados “aberrantes” (es el caso, por ejemplo, de los experimentos de los nazistas), a partir de los primeros años 70, se habría determinado una situación polarmente opuesta, o sea la imposibilidad de desincorporar la dimensión ética de la investigación, al punto que en esa la referencia/evocación a valores morales se habría vuelto “retórica”. Para los autores, esto explica el por qué los análisis éticas hayan sido de hecho excluidos del ámbito de la HTA y haya terminado por prevalecer un acercamiento que prefiere la profundización de los aspectos técnicos.

Quedando firme la participación en las razones ahora mencionadas, el presente artículo pretende argumentar sobre la hipótesis, según la cual, a la base del fracaso de la integración de la ética en la HTA, exista también y sobre todo un problema de naturaleza epistemológica. Antes de una análisis minucioso, vale la pena intentar profundizar mejor el significado de las “valoraciones éticas” en la HTA.

El significado de las “valoraciones éticas” en la HTA

La HTA es una modalidad de investigación que examina las consecuencias a corto y a largo plazo del uso de tecnologías sanitarias. Como es sabido, su objetivo no es de “incrementar los conocimientos”, sino intentar influir en las decisiones. En otras palabras, ese se enfoca en hallar y sintetizar las “mejores informaciones” sobre las tecnologías sanitarias, con la intención de ayudar a quienes deciden a realizar las determinaciones que les competen.

En salud, son generalmente distinguidos tres niveles decisionales: el nivel *macro*, que es aquel de las políticas sanitarias (por ejemplo, las decisiones tomadas en materia sanitaria por el Ministerio de Salud); el nivel *medio*, es decir, el relativo a la gestión de las estructuras sanitarias (es el caso, pongamos, de las decisiones operativas del Director sanitario de un Policlínico); y el nivel *micro*, o sea el de los operadores sanitarios (por ejemplo, las decisiones de un médico titular en su sección hospitalaria).¹⁵

La HTA es funcional a cada uno de estos niveles. Puede, en este sentido, ayudar al Ministerio de Salud de un país a establecer la pertinencia de un programa de vacunación para la población; puede, además, ayudar a un director de hospital a tomar una decisión relativa a la introducción de un nuevo sistema diagnóstico en su institución, o incluso, ayudar a un médico titular a valorar si es oportuno utilizar un determinado fármaco para el tratamiento de sus pacientes.

Pero ¿qué cosa significa precisamente “apoyar las decisiones”? Un ejemplo puede ser de ayuda.

Imaginemos que el médico titular de Ginecología y Obstetricia de un hospital haga la petición a su director de poder introducir en su sección una técnica de fecundación asistida, por ejemplo, la FIVET (*Fertilization in vitro and embryo transfer*), y que este último se encuentre, por tanto, en la situación de deber tomar una decisión.

Con el fin de lograr una decisión “racional”, los elementos a tener en consideración (que en el ámbito de la HTA son llamados *domain*) son numerosos y algunos de ellos podrían ser incluso “extraños” según su formación profesional. Sobre todo, él deberá considerar el perfil de seguridad de la técnica (ha de verificarse, por ejemplo, qué riesgos puede implicar la FIVET para la salud de las mujeres); luego, deberá considerar la eficacia, o bien la efectiva capacidad de dar un bebé a la pareja infértil/estéril por medio de la técnica en objeto; también, el impacto económico (ha de verificarse, por ejemplo, si el uso de la técnica sea económicamente soste-

nible para el hospital); el aspecto organizativo (la eventual introducción de la técnica podría requerir una reorganización de la sección, por ejemplo, desde el punto de vista del empleo del personal); en fin, han de tenerse en consideración las cuestiones éticas (se ha de verificar, por ejemplo, si el uso de la técnica esté en línea con los principios inspiradores del hospital), las cuestiones sociales (la introducción de la FIVET en el hospital podría determinar algunos cambios sociales en la comunidad que la utilizará, por ejemplo, una desafección a los matrimonios), y en fin las cuestiones legales (han de considerarse, por ejemplo, las normas jurídicas que regulan la introducción/reglamentación de la técnica).

En efecto, un proceso de HTA que tenga en su centro el empleo de la FIVET debería ser capaz de iluminar los aspectos todos los aspectos evocados, intentando sintetizar las mejores informaciones disponibles, las cuales serían puestas a disposición de quienes toman la decisión. En este sentido, como ha sido observado,¹⁶ la HTA puede ser metafóricamente considerada como una especie de “puente” que une el mundo de los conocimientos y el de las decisiones.

Por norma, en cada *domain*, las valoraciones realizadas no en términos “absolutos”, sino mediante una comparación con otra tecnología (*comparator*). La valoración de la seguridad de la FIVET podría ser realizada, por ejemplo, confrontando su perfil de seguridad con el de técnica de fecundación asistida usada en el hospital, por ejemplo, la Inseminación Intracervical (ICI). Cuando las valoraciones se limitan a la presentación de los resultados de comparación entre tecnologías (en el caso de la seguridad de la FIVET, en modo que sean presentados los resultados de la confrontación entre el perfil de seguridad de ésta última con el de la ICI), en la jerga de la HTA, se suele indicar con el término “assessment”. Cuando, en cambio, las valoraciones llegan a aportar indicaciones normativas para la práctica (siempre en el caso de seguridad de la FIVET, cuando se tome, por ejemplo, una posición sobre la preferencia del uso

de técnica en vez de otra), se habla de “APPRAISAL” (estimación).¹⁷ En otras palabras, el *assessment* se limita a “producir” los elementos para una decisión, mientras el *appraisal* provee indicaciones prescriptivas. Esta distinción es tenida bien presente en algunos contextos (es el caso, por ejemplo, del Reino Unido, donde, por una parte, las diversas agencias de HTA realizan las valoraciones y, por otra, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE)¹⁸ recomienda o disuade el uso de tecnologías sobre la base de las valoraciones realizadas), menos en otros, donde la actividad de “assessment» puede incluir también la de “appraisal”.

En este punto, ¿qué cosa se entiende precisamente por valoración de las consecuencias de tipo “ético” relativas al uso de tecnologías? ¿En qué modo los análisis éticos pueden apoyar a quienes deciden? ¿Cuál es la contribución específica de la ética en la HTA?

La respuesta a interrogativos de este tipo no es, en verdad, tan inmediata. Atendiendo, por ejemplo, a la definición de “ethical domain” del EUnetNTA, éste debería ocuparse del examen pormenorizado de las cuestiones éticas relacionadas tanto al uso (o al no uso) de tecnologías sanitarias, así como a los procesos relativos de HTA.¹⁹ *EN PASSANT* (de pasada) vale la pena observar que esta última puntualización se refiere al hecho de que los mismos procesos de HTA pueden, en realidad, suscitar cuestiones de tipo ético (pensemos, por ejemplo, en los conflictos de intereses que un investigador puede tener dentro de un proceso de HTA o en las problemáticas conexas a la decisión de los *ENDPOINT* (conclusiones) de un estudio). Dicho de otro modo, al centro de los intereses de este *domain* existe también el tema de la “ética de la investigación científica”, en el sentido que a la par de toda otra forma de investigación, los estudios en el campo de la HTA deben seguir algunas “reglas de conducta”, y la profundización de estos aspectos corresponde precisamente a los análisis éticos.

Ahora bien, lo que no es muy claro, es precisamente cómo deban ser entendidos los mismos análisis éticos: en particular, se

aclara si, en relación del uso de tecnologías sanitarias, la operación a realizar sea “simplemente” la de dilucidar las “problemáticas éticas”, y eventualmente discutir las (esta modalidad es en general la más utilizada) o si –empresa más compleja– sea necesario expresarse en términos de “juicio”, tomando una posición de licitud o ilicitud moral. Regresando al caso de la FIVET, en este sentido, una cosa es delinear las problemáticas éticas unidas a su uso (por ejemplo, los riesgos para la salud de las mujeres con motivo de la hiperestimulación ovárica, la criopreservación de los embriones, el diagnóstico pre-implante, la supresión de los embriones supernumerarios, etc.), otra cosa es evaluar si el uso de esta técnica sea *TOUT COURT* (en resumidas cuentas) éticamente lícito o ilícito.

Este diversificado modo de entender el análisis ético puede ser percibido examinando también sumariamente los diversos métodos que han sido propuestos para realizar: algunos (se vea, por ejemplo, el *Core Model* de EunetHTA²⁰ o el *Socratic approach*²¹ están representados por *framework* (usualmente consisten en un *set* de preguntas y dan amplio espacio a la investigación bibliográfica), cuyo objetivo es identificar en modo eficaz las diversas cuestiones éticas; otros están representados por modelos éticoso clásicos de la bioética (el Principialismo, la Casuística, el Utilitarismo, etc.), más funcionales en cambio en tomar una posición sobre la licitud o ilicitud moral del uso de tecnologías.

Como conclusión del discurso, vale la pena observar que, cualquiera que sea el modo de entender los análisis éticos, éstos mal se adaptan –como será a este punto fácil comprender– a ser elaborados en términos de comparaciones entre tecnologías (no por casualidad se habla de “ethical analysis” más que de “ethical assessment”), y en referencia a ellos es problemático, si no imposible, mantener la clásica distinción entre “assessment” y “appraisal”, porque o el *appraisal* coincidiría con el análisis mismo o está privado de sentido aportar indicaciones normativas sobre la base de una simple identificación de cuestiones éticas.²²

Sobre las dificultades epistemológicas de la integración de ética y HTA

Esta no univocidad en el modo de entender los análisis éticos se puede unir a problemáticas de tipo epistemológico, las mismas que podrían quizá arrojar una luz adicional sobre las dificultades de integración de la ética en la HTA. Busquemos entender mejor el sentido de estas consideraciones.

No es difícil observar que el *domain* ético es “epistemológicamente heterogéneo” respecto a otros *domain* como por ejemplo seguridad o eficacia:²³ se estos últimos, por así decir, “toman” del ámbito de la ciencia y por tanto se valen de un control empírico, el primero se basa sobre consideraciones morales que en cambio no pueden valerse de este control empírico. Dicho de otro modo, mientras los primeros fundamentan sus indagaciones sobre los “hechos” verificables y son conducidos sobre la base del método científico (por ejemplo, que el tratamiento de hiperestimulación ovárica pre-FIVET suministrado a las mujeres pueda en algunos casos causar hemorragia e un hecho empíricamente aceptable), –aún si existe la posibilidad de “nuevos hechos” desmientan otros “hechos” precedentemente verificados–, el segundo no puede recurrir a ningún “control experimental” (no se puede probar que la FIVET sea éticamente lícita o ilícita por medio del método científico).

Ahora bien, el tema de la relación entre ciencia y ética es uno entre los más espinosos y controvertidos sobre todo en el panorama de la filosofía contemporánea y ha sido afrontado en diversos modos: uno es, por ejemplo, el de intentar entender, si es posible o no recabar del conocimiento de la naturaleza, por tanto también de la naturaleza del hombre, algunas prescripciones, o sea normas morales; otro modo es el de indagar la relación entre posiciones descriptivas (del tipo “la luna es esférica”) y proposiciones prescriptivas (del tipo “matar es despreciable”), otro más es el de preguntarse si la ética represente una forma de conocimiento en sentido estricto.

Punto de encuentro de estas discusiones ha sido una observación elaborada por el filósofo escocés David Hume (1771-1776) en el *Tratado sobre la naturaleza humana*: “En todo sistema moral con los cuales hasta ahora me he encontrado, he siempre descubierto que el autor procede un poco razonando en el modo más acostumbrado, y afirma la existencia de un Dios, o hace observaciones sobre las cosas humanas; más adelante en un momento descubro con sorpresa que en el lugar de las habituales fórmulas *es* o *no es* encuentro sólo proposiciones que están unidas con un *debe*; se trata de un cambio imperceptible, pero que tiene, sin embargo, la más grande importancia. He hecho, dado que estos *debe*, o *no debe*, expresan una nueva relación o una nueva afirmación, es necesario que sean observados y explicados; y que al mismo tiempo se de una razón para aquello que parece del todo inconcebible o bien que esta nueva relación pueda constituir una deducción de otras relaciones a ella completamente diferentes”.²⁴

El pasaje en cuestión –que expresa aquella que se suele indicar como “ley de Hume”– ha gozado de una gran fama en el siglo XX, gracias a las innumerables discusiones a las cuales ha sido sometido por parte de las diversas corrientes de la filosofía analítica. En sustancia, señala que, desde el punto de vista meramente lógico, no es posible derivar de aquello que «es» aquello que «debería ser» y que, por tanto, no es posible individualizar un paso sobre el plano silogístico, deductivo o inductivo, de las proposiciones descriptivas a las prescriptivas, de los juicios asertivos sobre la naturaleza de las cosas expresados mediante el “es” (*is* en inglés) fórmula del modelo sujeto/predicado, a juicios imperativos (*debe*, *ought* en inglés), que expresan obligaciones o mandatos sobre el modelo “A debe B”.

La observación de Hume ha sido reproducida en particular por el filósofo inglés George Edward Moore (1873-1958), que en sus *Principia ethica*²⁵ habla, a tal propósito, de “falacia naturalista”, criticando la pretensión de reducir preceptos éticos o jurídicos a la constatación de los caracteres de la naturaleza. Más específicamente, Moore presenta la “falacia naturalista” como aquel error lógico

en el cual tropiezan todas las teorías éticas que tienen la pretensión de definir e identificar el bien con cualquier objeto. De ello deriva que, para Moore, los términos éticos no pueden ser válidamente definidos en modo descriptivo y sea imposible fundar la ética sobre una forma cualquiera de conocimiento.

Al célebre párrafo de Hume y al nombre de Moore se puede también unir la referencia al sociólogo alemán Max Weber (1864-1920), el cual en algunos pasajes de *El método de las ciencias histórico-sociales*²⁶ ha trazado, partiendo de la distinción entre «juicios de hecho» y «juicios de valor» una neta división entre valorabilidad del conocimiento científico de los hechos, por un lado, y libre y personal decisión a favor de determinados fines y valores morales, por otro.

Los juicios de hecho son afirmaciones de la forma “x es y” (por ejemplo, “la luna es esférica”), son proposiciones que indican “cómo son las cosas”; los juicios de valor son, en cambio, afirmaciones del tipo “matar es despreciable”, las cuales expresan “valoraciones” formuladas sobre la base de una escala de valores.²⁷ Los primeros son considerados por Weber objetivos, en cuanto son empíricamente controlables (por tanto, pueden ser verdaderos o falsos: los juicios de hecho “la luna es plana” es objetivamente falso), mientras los segundos son considerados subjetivos: se puede por ejemplo, discutir si sea siempre despreciable matar.

Que se hable de separación entre ser y deber ser (Hume), o entre propiedades naturales y no naturales (Moore), o incluso entre juicios de hecho y juicios de valor (Weber), permanece válido para todos estos autores la apropiación que impide confundir el ámbito ético con el empírico-descriptivo y deducir conclusiones de carácter prescriptivo de premisas de orden descriptivo.

La misma apropiación ha sido el centro también de un importante movimiento filosófico del siglo XX, o sea el neopositivismo (llamado también positivismo lógico, neoempirismo o empirismo lógico), cuyos grupos más radicales han llegado a sostener la «insensatez» de las mismas proposiciones descriptivas.

Inspirado por la tesis del positivismo del siglo XIX relativa al rol de privilegio desempeñado por las ciencias experimentales en el proceso de adquisición del saber y por la idea de que a la base de la actividad del científico existen procedimientos inductivos, este movimiento ha intentado un programa de refundación del conocimiento en bases empíricas, aprovechando también los instrumentos puestos a disposición hacia el final del siglo XIX por la evolución de la lógica de G. Frege, B. Russell, A.N. Whitehead y, posteriormente, de la escuela lógica polaca. Un convencimiento de esta corriente era, en particular, que todo el aparato conceptual del conocimiento y de la ciencia se pudiese reducir a una serie de construcciones lógicas actuadas sobre una base elemental de eventos. Por otro lado, la ciencia era considerada la única que podía obtener formas auténticas de conocimiento, y a ella era confiada la obra de comprensión objetivista y neutral del mundo.

A la base del neopositivismo estaba el célebre criterio empírico de significatividad, según el cual una proposición tiene significado si, y sólo si, es verificable. En otras palabras, el significado de una proposición coincidiría con el “método de su verificación empírica” (estaría constituido por el conjunto de las experiencias necesarias para saber si la proposición es verdadera), método en ausencia del cual la proposición queda privada de significado cognitivo (siendo la experiencia la fuente del conocimiento), y por tanto cognitivamente inservible. De aquí la idea de los neopositivistas de las proposiciones de la ética, así como aquellas de la metafísica y de la religión, como de proposiciones “sin sentido” (por tanto privadas de conocimiento) porque son empíricamente no verificables, y la consiguiente exclusión de la ética de cualquier discurso científico.

A partir de los años 60, la ley de Hume y la idea neopositivista de que la ciencia pueda realizar una comprensión objetivista y neutral del mundo, han sufrido una obra de redimensionamiento.

En esto, un rol fundamental ha sido sin duda desempeñado por la teoría hermenéutica de H.G. Gadamer,²⁸ que, muestran la imposibilidad de descripciones libres de determinaciones y de condicio-

namientos socio-culturales, ha puesto en crisis muchos de los precedentes asumidos: si se acepta como verdadera esta teoría, será necesario, reconocer que el condicionamiento y la pre-comprensión, que acompañaban siempre a la experiencia del hombre, se reflejan también sobre el plano descriptivo. Se sigue que la tesis de la imposibilidad de expresar juicios prescriptivos que tengan un carácter objetivo, unida a la idea de que sólo los juicios descriptivos, reflexionando la realidad, tengan el carácter de ciencia, llegue de este modo a encontrarse alterada en la tesis de la imposibilidad de juicios meramente descriptivos.

Otra crítica bien conocida es aquella del filósofo alemán Karl-Otto Apel, el cual ha observado cómo, en realidad, para realizar un análisis del lenguaje moral sea necesario disponer de un criterio que permita distinguir el lenguaje propiamente moral de las otras formas de expresión lingüística.²⁹ De aquí la idea de la ilusoriedad de las proposiciones meramente descriptivas y sustento a la tesis de la imposibilidad de desincorporar la dimensión valorativa de la descriptiva.

En fin, más recientemente, otra crítica bien conocida es la del filósofo estadounidense Hilary Putnam, que tras el impulso del pragmatismo, ha sostenido la incomprensibilidad del entrelazamiento entre hechos y valores.³⁰ Para este pensador, la distinción entre hechos y valores es útil en algunos contextos, pero no puede ser trazada en línea de principio: él nota, por un lado, que cualquier noción o “carga de valor” (*value-laden*), mientras, por otro lado, que todos los juicios de valor (éticos y estéticos) contienen siempre elementos factuales, y por tanto son relacionables a hechos. De ello se deriva, por una parte, la idea de que algunos juicios de valor puedan ser tanto objetivos como lo son los juicios de hecho; por otra parte, la consideración de que la “elección de la relevancia” de algunos hechos respecto a otros en el ámbito de la ciencia sea en definitiva una operación conducida sobre la base de valores discutibles pero siempre presentes, como por ejemplo “elegancia” y “simplicidad”.

Bajo los golpes de estas, aunque también de otras críticas, la dicotomía hecho-valor ha sido considerablemente redimensionada y ha emergido una mayor consciencia del hecho de que la racionalidad técnico-instrumental no puede constituir el único método racional de conocimiento (si bien sea todavía socialmente registrable una cierta “insufribilidad” para todas aquellas formas de saber que no se confían a un control empírico). Así ha puesto en crisis el monismo epistemológico neopositivista, que por largo tiempo ha condicionado la ciencia haciéndola aplanarse en rígidos esquemas matemáticos, y ha florecido una especie de “pluralismo epistemológico”, que ha estado a la base de nuevas perspectivas de investigación.

Los signos culturales de estos “cambios epistemológicos” son numerosos: de la reanudación de la filosofía práctica de origen aristotélica a la profundización de las tareas normativas de la racionalidad de los discursivistas, del florecimiento de las éticas aplicadas (como la bioética, la ética de los negocios, la ética organizativa, etc.) a la inserción de las *humanities* en los itinerarios de formación de disciplinas técnicas. En general, se puede decir que se ha verificado una total rehabilitación de la ética en el discurso científico.

La misma inserción de los aspectos éticos en la HTA puede ser encuadrada en esta tendencia, en el sentido que puede ser leído como la superación de la impostación neopositivista de la sola consideración de los aspectos empíricamente controlables relativos al uso de tecnologías (como seguridad y eficacia) y de “indiferencia” por las cuestiones éticas.

En este punto, podría ser incluso más claro el motivo de las dificultades de integrar la ética en la HTA: estas últimas son las mismas que la ética encuentra cada vez que intenta expresarse en un terreno epistemológicamente deformado como es el científico con control empírico.

El punto es que la HTA debe, por otra parte, mucho de su éxito propio al control empírico, en el sentido de que gran parte de ese puede ser explicado por la capacidad que tiene este sector de investigación de aportar síntesis bien logradas sobre las mejores “prue-

bas” (o como se diría en la jerga médica, sobre las mejores “pruebas de eficacia” o –no del todo apropiadamente desde el punto de vista de la traducción del inglés *evidence*– “evidencias”) inherentes al uso técnico-instrumental de tecnologías sanitarias, prueba que el análisis ético no es en cambio capaz de aportar. Dicho de otro modo, mientras las valoraciones de seguridad y de eficacia son realizadas sobre la base de observaciones empíricas de las cuales es luego posible deducir “informaciones objetivas” (la HTA está de hecho unida a la bien conocida *Evidence-based Medicine*), los análisis éticos, recurriendo a una rama diferente del conocimiento, no tiene la posibilidad de producir “evidencias”, no tienen “hechos” científicamente aceptables para utilizar como «pruebas» en sustento de aquello que afirman.

Ahora bien, a nivel de encuadramiento de la HTA como disciplina, estas diferencias epistemológicas no son remarcadas; todas las valoraciones son puestas sobre el mismo plano, en modo que sobre todo quien no es experto en ética puede ser inducido a pensar que también el *domain* ético sea capaz de producir evidencias según el criterio de *domain* como seguridad y eficacia. No logrando esta operación, se deriva una serie de dificultades y la percepción (sobre todo por parte de quienes usan los report) de su falta de conclusión, si no de inutilidad, que pueden explicar su fracaso. En esta dinámica, es como si reemergieran un poco todos aquellos “prejuicios” que la impostación epistemológica neopositivista ha tenido en relación de aquellas formas de conocimiento que no puede valerle de un control empírico.

Aquello que se quiere afirmar es, en definitiva, que los análisis éticos se integran mal, por razones de tipo epistemológico, con la tradicional impostación de la HTA, que se basa fundamentalmente sobre la confrontación entre informaciones relativas a las propiedades de las tecnologías sanitarias objetivas y verificables. En esta óptica, tendrían mayor peso y resultarían realmente integradas sólo cuando lograsen comprobar las informaciones que transmiten por medio de la individualización de evidencias (por ejemplo, regresan-

do al caso de la FIVET, cuando fuesen individualizadas “evidencias” del hecho de que su uso sea más o menos éticamente satisfactorio respecto a la ICI).

Por último, vale la pena observar que la misma excesiva o en ciertos casos estéril (considerando el bajo número de aplicaciones) proliferación de métodos para conducir los análisis éticos en la HTA por una parte, y el simple mayor uso de “framework” en lugar de los métodos clásicos de la ética por otra parte, pueden ser leídos a la luz de esta dinámica. La primera tendencia parece corresponder al “afanoso” intento de individualizar el método “mejor” para “adaptar” reflexiones de tipo moral a investigaciones que se basan sobre un método empírico. La segunda puede ser en cambio explicada, poniendo en evidencia cómo tales *framework*, siendo orientados a identificar cuestiones éticas más que a afrontar en términos de juicio, por tanto manteniéndose sobre un plano meramente descriptivo, aparecen más funcionales a la HTA, en cuanto «tratan» las cuestiones éticas «según los hechos», o sea intentando objetivizarlos.

Relieves conclusivos

Desde un punto de vista epistemológico, la atención por las consecuencias de tipo ético relativo al uso de tecnologías sanitarias puede ser encuadrada en el más general proceso cultural de rehabilitación de la ética en el discurso científico.

Queda firme en hecho de que la HTA une ramas del conocimiento epistemológicamente heterogéneas, pero debe su éxito a aquellas formas de conocimiento que pueden servirse de un control empírico. En este sentido, una “perfecta” integración de la ética en la HTA no podrá nunca suceder.

Un intento interesante lo está haciendo en este terreno el proyecto financiado en el ámbito del 7º Programa Cuadro de la Unión Europea “INTEGRATE-HTA”,³¹ que está intentando desarrollar un modelo de valoración de las tecnologías sanitarias con un mayor

grado de integración (de aquí el nombre del proyecto) entre los diversos elementos de un HTA, mostrando por ejemplo cómo, en realidad, muchas consideraciones normativas están a la base también de los *domain* técnicos.

En este punto, lo que quizá sería de desear para el futuro es una mayor claridad, a nivel de encuadramiento de la HTA como disciplina, de las diferencias epistemológicas que se entrelazan en los varios *domain*. Se habría de poner mayor atención sobre el hecho, por ejemplo, que los análisis éticos, por así decir, “trabajan” en un plano diverso respecto a *domain* como seguridad y eficacia, y que los resultados que obtienen tiene características diferentes, aunque no por esto menos racionales o menos atendibles. Procediendo así, se redimensionaría quizá esta especie de “disputa sobre el método” hoy en acto entre los diversos investigadores de la HTA, y sería mayormente valorado el momento aplicativo, o sea la efectiva conducción de análisis, que queda como el “corazón” de la integración de la ética en la HTA. Dicho en otras palabras, quedando firme el pluralismo ético que caracteriza la sociedad contemporánea, un acuerdo sobre el método “mejor” para conducir el análisis ético en la HTA difícilmente se encontrará, pero en este punto es mejor hablar de ética más bien que no hablar, mejor intentar apoyar a quienes deciden, más que detenerse a discutir sobre el modo mejor para hacerlo, también por la indudable inevitabilidad de las instancias de valor puestas por el uso de las tecnologías sanitarias.

Referencias bibliográficas

¹ Cfr.: SACCHINI D, REFOLO P, SPAGNOLO AG. *La valutazione della dimensione etica* en CICCHETTI A, MARCHETTI M (curadores). *Manuale di Health Technology Assessment*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2010; SACCHINI D, VIRDIS A, REFOLO P Y AL. *Health technology assessment (HTA): ethical aspects*. *Med Health Care Philos*. 2009; 12:453-457; SACCHINI D, REFOLO P, VIRDIS A. *Gli approcci alle valutazioni etiche nei processi di Health Technology Assessment*. *Medicina e Morale* 2008; 2: 319-349; SACCHINI D, REFOLO P. *L'Health Technology Assessment (HTA) e i suoi aspetti etici*. *Medicina e Morale* 2007; 1: 101-139.

- ² INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Assessing Medical Technologies*. Washington D.C.: National Academy Press; 1985.
- ³ <http://www.eunetha.eu/about-us/faq#t287n73> (acceso del 19.1.2015).
- ⁴ DRABORG E, GYRD-HANSEN D, POULSEN PB Y AL. *International comparison of the definition and the practical application of health technology assessment*. Int J Technol Assess Health Care. 2005; 21 (1): 89-95.
- ⁵ LEHOUX P, TAILLIEZ S, DENIS J-L Y AL. *Redefining Hta in Canada: Diversification of products and contextualization of findings*. Int J Technol Assess Health Care. 2004; 20: 325-336.
- ⁶ DEJEAN D, GIACOMINI M, SCHWARTZ L Y AL. *Ethics in Canadian health technology assessment: A descriptive review*. Int J Technol Assess Health Care. 2009; 25 (4): 463-469.
- ⁷ LAVIS J, WILSON M, GRIMSHAW J Y AL. *Towards optimally packaged and relevance assessed health technology assessments, Report Submitted to the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Healthcare*. Hamilton, Ontario: McMaster University Program in Policy Decision-Making; 2007.
- ⁸ TEN HAVE H. *Medical Technology Assessment and Ethics. Ambivalent Relations*. Hastings Center Report 1995; 25 (5): 13-19.
- ⁹ DROSTE S, DINTSIOS CM, GERBER A Y AL. *Integrating ethical issues in HTAs: More methods than applications?* HTAi 7th Annual Meeting: 2010 Jun 6-9; Dublin, Ireland. Maximizing the Value of HTA. Book of Abstracts; 2010: M5-02, p. 169; HOFMANN B. *Why not integrate ethics in HTA: identification and assessment of the reasons*. GMS Health Technology Assessment 2014; 10: 1-9.
- ¹⁰ ASSASI N, SCHWARTZ L, TARRIDE JE Y AL. *Methodological guidance documents for evaluation of ethical considerations in health technology assessment: a systematic review*. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2014; 14 (2): 203-220.
- ¹¹ TEN HAVE H. *Ethical perspectives on health technology assessment*. Int J Technol Assess Health Care. 2004; 20 (1): 71-76.
- ¹² HOFMANN B. *Why ethics should be part of health technology assessment*. Int J Technol Assess Health Care. 2008; 24 (4): 423-429.
- ¹³ ID. *Why not integrate ethics in HTA: identification...*
- ¹⁴ LEHOUX P, BLUME S. *Technology Assessment and the Sociopolitics of Health Technologies*. Journal of Health Politics, Policy and Law 2000; 25 (6): 1083-1118.
- ¹⁵ BATTISTA. *Expanding the scientific...* En base al nivel sobre el cual el Hta impacta, hay quien hace una distinción entre un HTA macroeconómico y uno microeconómico (cfr. SZCEZEPURA A, KANKAANPAA JKJ. *Assessment of health care technologies: Case studies, key concepts and strategic issues*. Chichester: Wiley; 1996; SLOANE EB, LIBERATORE MJ, NYDICK, RL Y AL. *Using the analytic hierarchy process as a clinical engineering tool to facilitate an iterative, multidisciplinary, microeconomic health technology assessment*. Computers and Operations Research 2003; 30 (10): 1447-1465).
- ¹⁶ BATTISTA RN. *Expanding the scientific basis of health technology assessment: A research agenda for the next decade*. Int J Technol Assess Health Care. 2006; 22 (3): 275-282.

¹⁷ Cfr.: PATERA N, WILD C. *Assessment –APPRAISAL– Decision*. LBI-HTA Decision Support Document n. 72; 2014.

¹⁸ Acceso del 3.2.2015, en: <https://www.nice.org.uk/>.

¹⁹ EUNETHTA JOINT ACTION 2, WORK PACKAGE 8. *HTA Core Model® version 2.0*; 2013 (acceso del 3.2.2015, en: <http://www.corehta.info/BrowseModel.aspx>).

²⁰ EUNETHTA JOINT ACTION 2, WORK PACKAGE 8. HTA Core...;

²¹ HOFMANN B, DROSTE S, OORTWIJN W Y AL. *Harmonization of ethics in health technology assessment: a revision of the Socratic approach*. *Int J Technol Assess Health Care*. 2014; 30 (1): 3-9.

²² SANDMAN L, HEINTZ E. *Assessment vs. appraisal of ethical aspects of health technology assessment: can the distinction be upheld?*. *GMS Health Technol Assess*. 2014; 10: Doc05.

²³ La presente contribución utilizará como confrontación paradigmática aquella entre *domain* sobre la seguridad y la eficacia por una parte, y *domain* ético por otra, en cuanto las diferencias epistemológicas entre ellos son más fácilmente evidenciables. De cualquier modo, cada *domain* y sus respectivas referencias ameritarían una indagación epistemológica separada.

²⁴ HUME D. *Opere filosofiche, volume primo: Trattato sulla natura umana*. Bari: Laterza; 2008: 496 -497.

²⁵ MOORE GD. *Principia ethica*. Cambridge: Cambridge University Press; 1903.

²⁶ WEBER M. *Il metodo delle scienze storico-sociali*. Torino: Einaudi; 1958.

²⁷ DI NUOSCIO E. *Il mestiere dello scienziato sociale. Un'introduzione all'epistemologia delle scienze sociali*. Napoli: Liguori; 2006: 93.

²⁸ Dicha teoría, sostenida por Gadamer en *Verdad y Método* (ed. Original 1960, trad. it. Milán: Bompiani; 1972), afirma que en el interpretar cualquier texto un sujeto no es nunca una TABULA RASA (página en blanco): él lo afronta con su "pre-comprensión", es decir con sus "pre-juicios" (sin ninguna connotación peyorativa o negativa), con sus "pre-suposiciones". De este modo, el intérprete elabora un "proyecto de sentido", es decir, un proyecto interpretativo, destinado continuamente a ser revisado en base a aquello que paso a paso resulta de la ulterior interpretación del "texto", confirmando o bien refutando las presuposiciones de partida.

²⁹ APEL K.-O. *Comunità e comunicazione*. Torino: Rosenberg & Sellier; 1977.

³⁰ PUTMAN H. *Fatto/valore. Fine di una dicotomia e altri saggi*. Roma: Fazio; 2004.

³¹ "INTEGRATE-HTA" es un proyecto financiado en el ámbito del 7º Programa Cuadro de la Unión Europea. Lanzado en enero de 2014, sus resultados son esperados para el final del 2015. Utilizando los cuidados paliativos como caso de estudio, este proyecto se propone desarrollar un modelo para la valoración con las siguientes características: que sea aplicable a tecnologías complejas; que sea patient-centred; que exista un mayor grado de integración entre los diversos domain de un HTA (acceso del 7.3.2015, en: <http://www.integrate-hta.eu/>).

Ethics and Health Technology Assessment (HTA): concerning difficulties for their integration

*Pietro Refolo**

Abstract

Ethics have always been considered an integral part of Health Technology Assessment (HTA) processes, because the assessment of ethical consequences related to the use of health technologies represents one of the fundamental objectives of this research sector, according to the criterion for assessments of safety and efficacy, as well as economic, organizational, socio-cultural and legal impact. These statements of intent have not corresponded to an effective performance in practice: ethics has not had much space in HTA and only rarely have ethical analyses found a place in these reports. A number of hypotheses have been presented, defining the reasons for the difficulty of integrating ethics into HTA.

This article intends to argue about the hypothesis, according to which, besides the basic failure of integrating ethics into the HTA, there also exists, above all, an epistemological type problem.

Key words: Health Technology Assessment, ethical domain, epistemology.

*Doctor en investigación en Bioética, Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (Email: pietro.refolo@rm.unicatt.it)

Original title: *Etica e Health Technology Assessment (HTA): sulle difficoltà della loro integrazione*. Published in the Italian Journal *Medicina e Morale*, 2015/2, p. 267-285. Translation was not reviewed by the author.

Introduction

Ethics has always been considered an integral part of the Health Technology Assessment (HTA) process, as the assessment of ethical consequences related to the use of health technologies represents one of the fundamental objectives of this area of research, following the criterion for assessments of safety, efficacy and economic, organizational, socio-cultural and legal impact.

What has been said could easily be verified by looking at the definitions of HTA emitted by various agencies, going from the oldest to the most recent, in which –it is apparent– that ethics is almost always expressly cited as its domain. For example, in 1985 the American Institute of Medicine (IOM) defined HTA as “any process of examining and reporting properties of a medical technology used in health care, such as safety, efficacy, feasibility, and indications for use, cost, and cost-effectiveness, as well as social, economic, and *ethical* consequences, whether intended or unintended”. Referring to a more recent definition, the European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) defines it as: “a multidisciplinary process that summarizes information about the medical, social, economic and ethical issues related to the use of health technology in a systematic, transparent, unbiased, robust manner. Its aim is to inform the formulation of safe, effective, health policies that are patient focused and seek to achieve best value”.

These declarations of intent have not always corresponded to effective performance in practice: in fact ethics has not had much space in HTA and only rarely have ethical analysis been included in reports. Although not very recent, the following data may corroborate this point of view.

Research by Draborg *et al.*, which analyzed 433 studies carried out between 1989 and 2002 by eleven of the major HTA agencies in the world, has shown how these reports greatly expanded the clinical aspects of these technologies.

An investigation by Lehoux et al. shows that in all official documents published between 1995 and 2001 by six Canadian HTA agencies, only 17% of them referred to ethical and social issues.

Similarly, an analysis of 680 reports produced between 1997 and 2006 by six Canadian agencies has demonstrated that only 17% dealt with ethical issues.

Finally, a survey of the authors of 223 HTA reports, published between 2003 and 2006 revealed that only 5% of them addressed ethical, social and organizational issues.

This tendency may be considered surprising for at least two kinds of reasons: 1. there have been ethical concerns regarding the use of these technologies from the time that HTA first initiated as a research modality; 2. A voluminous body of work exists on philosophical reflection (let us consider for example, the points presented by authors such as Horkheimer, Adorno, Heidegger, Jonas, Gehlen, Hottois), who stressed the need for meticulous moral examination concerning employment of technologies, making it surprising that once this “possibility” was presented, few have put themselves at risk from this activity. In particular, it is baffling that above all Bioethics, which more than any other, might have been “stimulated” by this field of research, seems not to take into account this opportunity. Moreover, in a period during which doubts are increasingly raised about the possibilities of its very survival.

Regarding the former, the lack of instances where ethical analysis is in fact included in HTA processes does not seem to refer to a “methodological” problem related to the question of “how” to make these evaluations. The panorama of available models for undertaking this, is currently so broad that we have almost reached a paradox –the irony of which some have observed– more models exist than those which have been applied. For example, a recent systematic review by Assasi et al. has found 43 models for implementing ethical analysis into HTA

A number of reasons have been put forward to explain the difficulty of integrating ethics into HTA

For ten Have, these can be expressed as follows: 1. The use of technologies is considered to be unrelated to moral values (value-free); 2. The only issues perceived as relevant by HTA operators are: does technology work? how much will it cost? 3. Integration of ethical valuations into HTA processes is complex; 4. Resources and skills to conduct analysis are limited.

Hofmann however, is of the idea that the main reason for the difficulty lies in the fact that so far, what it means to “integrate ethics into HTA” has not yet been sufficiently clarified. In a recent article, he expanded the argument, specifying the following reasons: 1. ethicists are viewed as “outsiders” in the context of HTA; 2. there is no shared research methodology in the context of ethics, so that this appears deficient, insufficient and inadequate; 3. ethical assessments are not considered capable of effectively addressing all moral issues related to the use of technologies; 4. the issues discussed are often general and not specific to the technology under review; 5. the most relevant ethical issues can be addressed in another domain such as the economic; 6. ethical reflection may bring certain issues on which the work of HTA is based into dispute, such as the way in which the *end-points* of the studies are established, the paradigms on the basis of which evidence is produced, the way in which the interests of the stakeholder are explained, etc.

Lehoux and Blume have also expressed their point of view, noting that in the first half of the last century, conducting scientific research on ethical grounds has led to “aberrant” results (for example, from the experiments of the Nazis); initiating in the early 70s, a polar opposite situation would have been determined, i.e. the impossibility of eliminating the ethical dimension of research, to the point that the reference/evocation of moral values would have turned into “rhetoric”. For the authors, this explains why ethical analysis has in fact been excluded from the scope of HTA and an approach that prioritizes the expansion of technical aspects has ended up prevailing.

Making strong reference to the reasons already mentioned, the present article attempts to argue by applying the hypothesis which states that at the root of the reason for the failure to integrate ethics into HTA, there also exists and predominantly so; a problem of epistemological nature. Before undertaking a thorough analysis, it is worth trying to further investigate the meaning of “ethical valuations” in HTA.

The meaning of “ethical assessment” in HTA

HTA is a form of research that examines the short- and long-term consequences of the use of health technologies. As we know, its objective is not to “increase knowledge”, but to attempt to influence decisions. In other words, it focuses on finding and synthesizing the “best information” on health technologies, with the intention of helping those who decide, to make the decisions for which they are responsible.

In Health, three decision levels are generally apparent: the macro level, which constitutes health policies (for example, health decisions made by the Ministry of Health); the middle level, meaning that related to the management of sanitary structures (this let us say refers to the operative decisions of the Health Director of a Polyclinic); and the micro level, meaning health care providers (for example, the decisions of a medical doctor in his section of the hospital).

HTA is functional at each of these levels. In this sense, it has the capacity to help the Ministry of Health of a country to establish the relevance of a vaccination program for the population; it can also help a hospital director to make a decision regarding the introduction of a new diagnostic system in his institution; or even help a medical doctor to assess whether it is appropriate to use a particular drug for the treatment of his/her patients.

But what exactly does “assisting in decision making” imply? Here, an example may help.

Let us suppose that the attending physician of Gynecology and Obstetrics of a hospital makes the request to his Director to be able to introduce a technique of assisted fertilization into his section, for example, FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer), and that this person is thus in the position to make a decision.

In order to arrive at a “rational” decision, the elements to be considered (which in the context of HTA are known as domain) are numerous and some of these may even be “alien” to his professional training. Above all, he/she should consider the safety profile of the technique (for example, what are the risks to women’s health implied by FIVET); subsequently, consider the efficacy, or the effective capacity, offered by the technique in question, to produce a baby for the infertile/sterile partner; likewise, the economic impact (for example, whether the use of the technique is economically sustainable for the hospital); the organizational aspect (possibly the introduction of this technique might require a reorganization of the section, for example, from the point of view of staff employment); finally, ethical issues have to be taken into account (for example, whether the use of the technique is in line with the hospital’s inspirational principles), social issues (the introduction of FIVET in the hospital may cause a number of social changes in the community that is going to use it, for example a decline in the interest of marriage), and finally legal issues (for example, the legal rules governing the introduction/regulation of the technique).

In fact, an HTA process that centers on the employment of FIVET should be able to illuminate all aspects evoked, while attempting to synthesize the best available information, to be made available to decision makers. In this sense, apparently the HTA can be metaphorically considered as a kind of “bridge” that unites the world of knowledge with that of decisions.

Normally, in each domain, assessments are carried out not in “absolute” terms, but rather by comparing with another technolo-

gy (comparator). The FIVET safety assessment for example, could be achieved by comparing its safety profile with that of the assisted fertilization technique used in the hospital, e.g. Intracervical Insemination (ICI). When assessments are limited to presenting a comparison between the results from different technologies (considering FIVET safety; to present comparative results from its safety profile with that of ICI), HTA jargon usually refers to this using the term “assessment”. Contrastingly, when assessments provide normative indications for the practice (in the case of FIVET safety, this always occurs, for example, when a position is taken concerning preference for the use of one technique over another), here we speak of “appraisal”. In other words, the assessment is limited to “producing” the elements with which to take a decision, whereas appraisal provides prescriptive indications. This distinction is well known in some contexts (for example, in the United Kingdom, where for example, the various HTA agencies carry out the assessments, but it is the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) that recommends or discourages the use of technologies based on the assessments performed), except in some, where assessment activity may also include an “appraisal”.

At this point, what precisely is meant by the assessment of “ethical” consequences related to the use of technologies? How can ethical analysis assist those who make decisions? What is the specific contribution of HTA ethics?

In reality, the answer to questions of this kind is not that obvious. Taking into account, for example, EUnetHTA’s definition of “ethical domain”, this should take care of a detailed exam of the ethical issues related to the use (or no use) of health technologies, as well as to the inherent processes of HTA. In passing, it is worth noting that this last point refers to the fact that HTA processes may themselves actually raise ethical issues (for example, consider conflicts of interest that a researcher may have in relation to an HTA process or concerning problems related to the decision of the endpoints of a study). In other words, the subject of the “ethics of

scientific research”, in the sense that, alongside all other forms of research, studies in the field of HTA follow certain “behavioral rules” and the enhancement of these aspects, specifically implies ethical analysis.

However, what is not very clear is exactly how these ethical analysis should be understood: in particular, it is necessary to clarify whether, concerning the use of health technologies, the operation to be performed “simply” intends to elucidate “ethical problems”, and eventually discuss them (this is the most usual procedure) or if –in a more complex situation– it is necessary to express this in terms of “judgment”, taking a position of lawfulness or moral unlawfulness. Returning to the case of FIVET, in this sense, it is one thing to define ethical problems associated with its use (for example, the health risks for women due to ovarian hyperstimulation, cryopreservation of embryos, pre-implantation, suppression of supernumerary embryos, etc.), but it is another matter to evaluate whether the use of this technique is, in short, ethically licit or illicit.

This diversified way of understanding ethical analysis can be perceived by briefly examining the various methods that have been proposed for this purpose: some (for example refer to EUnetHTA’s Core Model or the Socratic approach) are represented by a framework (usually consisting of a set of questions which provide ample space to bibliographical research), whose objective is to effectively identify the various ethical issues, others are represented by ethical or classic models of bioethics (Principlism, Casuistry, Utilitarianism, etc.), which are more functional instead of taking a position on the moral legality or illegality of applying technologies.

To conclude this discourse, it is worth noting that however ethical analysis is understood, they barely adapt –as will be easy to understand– to being elaborated in terms of comparisons between technologies (it is no coincidence that one talks of “ethical analysis” rather than “ethical assessment”), and in reference to this, it is problematic, if not impossible, to maintain the classical distinction

between “assessment” and “appraisal” because either appraisal would be identical to analysis, or it is meaningless to provide normative indications on the basis of a straight forward identification of ethical issues.

On the epistemological difficulties encountered when integrating ethics and HTA

This non-uniformity concerning the way ethical analysis is understood can be linked to epistemological problems, the same ones that may perhaps shed additional light on the difficulties of integrating ethics into the HTA. Let us attempt to better understand the meaning of these considerations.

It is not difficult to observe that ethical domain is “epistemologically heterogeneous” with respect to other domains such as safety or efficiency: the latter, as it were, “are derived” from the realm of science and therefore use empirical control, whereas the first is based on moral considerations that cannot exercise this empirical control. In other words, while the former base their inquiries on verifiable “facts” and are conducted on the basis of scientific method (for example that the treatment for ovarian hyperstimulation pre-FIVET, provided to women may in some cases cause hemorrhage, is an empirically acceptable fact), –even if there is a possibility that “new facts” disprove other “facts” previously verified– the second cannot resort to any “experimental control” (it cannot be proved that FIVET is ethically licit or illicit, by means of scientific method).

Now, the issue concerning the relationship between science and ethics is one of the most thorny and controversial, especially in the panorama of contemporary philosophy, and has been tackled in several ways: for example, one way is an attempt to understand, whether or not it is possible to identify certain prescriptions or moral norms from knowledge of nature and likewise from obser-

ving man's nature; another way is to investigate the relationship between descriptive positions (of the "moon is spherical" type) and prescriptive propositions (of the "to kill is despicable" type), another is to ask whether these ethics represent a form of knowledge in the strict sense.

A point made by the Scottish philosopher David Hume (1771-1776) in *A Treatise of Human Nature* offered a point of juxtaposition for these discussions: "I have always discovered that for every moral system, which I have come across so far, the author proceeds a little by reasoning in the most usual way, and asserts the existence of a God or makes observations on human things; later in a moment, I discover with surprise that instead of the habitual formulas *it is* or *is not*, I find only propositions that concur with a *duty*; it is an imperceptible change, but it is, however, of the greatest importance. In fact, given that this *duty* or *not duty*, expresses a new relationship or a new affirmation, it should thus be observed and explained; and at the same time a reason must be offered for what seems altogether inconceivable, or that this new relationship may constitute a deduction from other relationships that are entirely different from it."

The passage in question –which expresses that commonly referred to as "Hume's law"– enjoyed great fame in the twentieth century, thanks to innumerable discussions in which the various branches of analytical philosophy dealt with this. Basically, he points out that, from a purely logical point of view, it is not possible to derive what "should be" from what "is" and that therefore, it is not possible to individualize a step along the syllogistic, deductive or inductive plane, going from descriptive to prescriptive propositions, from assertive judgments about the nature of things expressed through the "is" formula of the subject/predicate model, to imperative judgments (*ought* in English), which expresses obligations or mandates using the "A should be B" model.

Hume's observation particularly has been reproduced by the English philosopher George Edward Moore (1873-1958), who in

his *Principia ethica* discusses a “naturalistic fallacy” to this end, criticizing the claim to reduce ethical or legal precepts to verification of the characteristics of nature. More specifically, Moore presents the “naturalistic fallacy” as the logical error which causes all ethical theories that make the pretension to define and identify good with any particular, to fail. It follows that for Moore, ethical terms cannot be validly defined in descriptive terms and it is thus impossible to base ethics on any form of knowledge.

To the famous paragraph by Hume and to Moore’s name can be added the reference by the German sociologist Max Weber (1864-1920), who in certain passages from the *Methodology of Social Sciences*, starting from the distinction between “judgments of fact” and “value judgments”, made a clear division between the value of scientific knowledge with reference to facts on one side, and free and personal decision in favor of certain moral goals and values, on the other.

Judgments of fact are statements of the type “x is y” (for example, “the moon is spherical”), and constitute propositions that indicate “how things are”, whereas value judgments are affirmations of the type “to kill is contemptible” which are statements, expressing “valuations”, formulated on the basis of a scale of values. The former are considered by Weber to be objective, insofar as they are empirically controllable (hence, they may be true or false: judgments of fact “the moon is flat” is objectively false), while the latter are considered to be subjective: for example one can discuss whether it is always despicable to kill.

That we speak of a separation between to be and ought to be (Hume), or between natural and unnatural properties (Moore), or even between deeds and value judgments (Weber), for all these authors, the provision, which prevents confusing the ethical field with the empirical-descriptive and deducing conclusions of a prescriptive character from premises of descriptive order, remains valid.

The same provision has also been the center of an important philosophical twentieth century movement; that of neo-positivism

(also known as logical positivism, neo-empiricism or logical empiricism), whose more radical groups have ended up endorsing the “insanity” of these descriptive propositions.

Inspired by the nineteenth-century thesis of positivism concerning the privileged role played by the experimental sciences in the process of acquiring knowledge and by the idea that inductive procedures exist as the basis to scientific activity, this movement has attempted a program to reestablish knowledge on an empirical basis, while taking advantage of the instruments made available towards the end of the nineteenth century with the evolution of logic, presented by G. Frege, B. Russell, A.N. Whitehead and later by the Polish school of logic. A conviction of this trend was that in particular, the entire conceptual apparatus of knowledge and science could be reduced to a series of logical constructions, acted upon on an elemental basis of events. Contrastingly, science was considered the only means for obtaining authentic forms of knowledge, and the task of objective and neutral understanding of the world was entrusted to it.

At the basis of neo-positivism was the famous empirical criterion of meaning, which states that a proposition has meaning, if and only if it is verifiable. In other words, the meaning of a proposition must coincide with the “method for its empirical verification” (which should be constituted by the set of experiences, necessary for verifying whether the proposition is true), a method, in the absence of which, the proposition is deprived of cognitive meaning (the experience being the source of knowledge), and therefore cognitively useless. Hence, the idea of ethical propositions put forward by the neo-positivists, as well as those of metaphysics and religion, and of “meaningless” propositions (where knowledge is thus lacking) making them empirically unverifiable, resulting in the exclusion of ethics in any scientific discourse.

From the 60s onwards, Hume’s law and the neo-positivist idea that science can achieve an objectivist and neutral understanding of the world have undergone a process of adjustment.

In this, a fundamental role has undoubtedly been developed by the hermeneutic theory of H.G. Gadamer, which reveals the impossibility of free descriptions and socio-cultural determinations, disrupting many of the assumed precedents: if this theory is accepted as true, it will be necessary to recognize that conditioning and pre-understanding, which have always accompanied the experience of man, are also reflected at the descriptive level. It follows that the thesis of the impossibility of expressing prescriptive judgments that have an objective character, coupled with the idea that only descriptive judgments that reflect reality have scientific character, can thus be altered according to the thesis of the impossibility of judgments that are merely descriptive.

Another well-known criticism is that of the German philosopher Karl-Otto Apel, who has observed how, in order to carry out real analysis of moral language, it is necessary to formulate a criterion that enables distinguishing properly moral language from other forms of linguistic expression. Hence the idea of the illusory aspect of merely descriptive propositions and corroboration for the argument citing the impossibility of removing the value dimension from the descriptive.

In short, more recently, another well-known critique is that of the American philosopher Hilary Putnam, who following the pragmatist's lead, has insisted on the incomprehensibility of the confusion between facts and values. For this thinker, the distinction between facts and values is useful in some contexts, but cannot be made in principle: he notes, on one side that any notion is value-laden, whilst on the other, all value judgments (ethical and aesthetic) always contain factual elements, and are therefore related to facts. From this, we can derive the idea, firstly that some value judgments can be as objective as *de facto* judgments; and secondly, the possibility that the "choice of relevance" of certain facts with respect to others, in the field of science is ultimately an operation conducted on the basis of debatable but always identifiable values, such as "elegance" and "simplicity".

Following these observations, but also other criticisms, the fact-value dichotomy has been considerably re-formulated and a greater awareness has emerged of the fact that technical-instrumental rationality cannot constitute the only rational method for knowledge (although a certain “impossibility” is still socially detectable for all those forms of knowledge that are not relegated to empirical control). In this way, neo-positivist epistemological monism has encountered a crisis, as it has long conditioned science by submitting it to rigid mathematical schemes, and a kind of “epistemological pluralism” has flourished, which forms the basis of new research perspectives.

The cultural signs of these “epistemological changes” are numerous: from the resumption of practical philosophy of Aristotelian origin to the deepening of normative tasks concerning the rationality of those partaking in discourse; the flourishing of applied ethics (such as bioethics, business ethics, organizational ethics, etc.) to the insertion of humanities in the training itinerary of technical disciplines. It is generally apparent that a complete rehabilitation of ethics has been approved in scientific discourse.

Ethical aspects embedded in HTA can be classified under this tendency, in the sense that can be viewed as overcoming the neo-positivist imposition that solely considers the empirically controllable aspects related to the use of technologies (such as safety and efficiency), manifesting “indifference” to ethical issues.

At this point, the reason for problems when integrating ethics into HTA may become even clearer: the latter is the same problem that ethics encounters whenever it tries to express itself in an epistemologically deformed context, such as the scientific under empirical control.

The point is that otherwise, the HTA owes much of its own success to empirical control, in the sense that much of this can be explained by the capacity of this research sector to provide a well-synthesized summary on the best “tests” (or as one might say in medical jargon, concerning the best “tests for efficacy” or –rather

inappropriately from the point of view of an English translation—“evidence” inherent in the technical-instrumental use of health technologies, evidence that ethical analysis is not yet capable of providing. In other words, while safety and efficacy assessments are carried out on the basis of empirical observations from which it is subsequently possible to derive “objective information” (HTA is in fact linked to the well-known Evidence-based Medicine), ethical analysis, resorting to a different branch of knowledge, is not able to produce “evidence”, it does not have scientifically acceptable “facts” to use as “evidence” in support of its claims.

However, at the HTA level as a discipline, these epistemological differences are not emphasized; all valuations are placed on the same plane, such that above all, anyone who is not an expert in ethics can be induced to think that the ethical domain is also able to produce evidence in line with domain criteria like safety and effectiveness. Failure to do so results in a series of difficulties and the perception is (especially on the part of those who use these reports) that this lack of conclusion, if not of worthlessness, can explain their failure. In this dynamic, it is as if a number of all those “prejudices” that the neo-positivist epistemological imposition manifested in relation to those forms of knowledge that cannot fall under empirical control, had reemerged.

Briefly, what we wish to affirm is that for epistemological type reasons, ethical analysis integrate badly into the traditional HTA setting, which is based fundamentally on the confrontation between information concerning the properties of objective and verifiable health technologies. In this sense, they would have greater impact and only really be integrated, when they were able to verify the information they transmit, by individualizing evidence (for example, returning to the case of FIVET, when individualized “evidence” indicated that its use is more or less ethically satisfactory with regard to ICI).

Finally, it is worth noting that the same excessive or in some cases sterile (considering the low number of applications) prolifera-

tion of methods for conducting ethical analysis of HTA on one side, and simple greater use of “framework” instead of classical ethical methods on the other, can be interpreted in the light of this dynamic. The first tendency seems to correspond to the “diligent” attempt to individualize the “best” method for “adapting” moral reflections to research, based on an empirical method. The second can be explained, showing how these *frameworks*, which are oriented towards identifying ethical issues rather than challenging them in terms of judgment, thus remain at a purely descriptive level, appearing to be more functional to the HTA, insofar as they “deal with” ethical issues “according to the facts”, that is they attempt to objectivize them.

Concluding remarks

From an epistemological point of view, attention to ethical consequences related to the use of health technologies can be framed within the most general cultural process, where ethics are rehabilitated in scientific discourse.

It is an established fact that HTA unites epistemologically heterogeneous branches of knowledge, but owes its success to those forms of knowledge that can be used for empirical control. In this sense, a “perfect” integration of ethics in HTA will never take place.

An interesting attempt is being made in this area by the project funded by the 7th EU Framework Program “Integrate-HTA”, which is attempting to develop a model for the assessment of health technologies with a higher degree of integration (than the project named here) in the various components of an HTA, for example showing how many normative considerations, in fact also form the basis of the technical domain.

At this point, what might be desirable in the future is greater clarity, at the level of the HTA framework as a discipline, for the epistemological differences that are intertwined within the various

domains. More attention should be paid to the fact that ethical analysis, apparently “work” on a different plane to domain concerning safety and efficacy, and that the results obtained have different characteristics, but not because of this they are either less rational or less plausible.

As a result of this, perhaps this kind of “dispute about the method” will be restructured today by the diverse researchers of HTA, and at the moment of application, meaning the effective conduction of analysis that continues to lie at the “heart” of the integration of ethics into HTA, it will be better evaluated. In other words, with the ethical pluralism that characterizes contemporary society firmly established, an agreement on the “best” method for conducting ethical analysis in HTA will not easily be found, but at this point, it is better to speak of ethics than not to speak of them; it is better to try to support those who decide, rather than refraining from discussing how best to do so, likewise because of the undoubted inevitability of the situations of value posed by the use of health technologies.

“El principito” y la Medicina de lo invisible: relación, organización y prevención

Massimiliano Colucci, Renzo Pegoraro

Resumen

En este artículo, intentamos analizar cuatro temas de bioética a través de los ojos del Principito: el contexto del fin de la vida, la relación médico-paciente, la ética de la organización, la prevención/precaución. Usaremos una perspectiva que hemos llamado “Medicina de lo Invisible”, focalizada sobre los valores. El Principito nos sugiere buscar lo invisible como un nuevo tipo de “dato clínico” que puede ayudar a transformar la intervención asistencial más ética y eficaz. Ese invisible –que es la “cosa importante”, la “cosa seria”, incluso en el plano gnoseológico y epistemológico– es alcanzable sólo dentro de una relación. Por tanto, el médico tiene necesidad de ser “domesticado” por el paciente, y el paciente por el médico –cada uno haciéndose responsable del otro, cada uno convirtiéndose en sí mismo a través del diálogo con el otro. Pero responsabilidad significa también la atención al futuro, hacia amenazas a la vida que son todavía desconocidas. De hecho, el Principito nos enseña que poseer una parte del mundo– la “posesión útil” –implica el imperativo ético de actuar, con el fin de salvaguardar la vida. Pero, sin la concreción de una relación– impregnada de tiempo vivido, de experiencias compartidas, y de la unicidad individual no se da ningún significado ni valor. Por este

Fundación Lanza, Padova, Italia.

Título original: “Il Piccolo Principe” e la Medicina dell’Invisibile: “relazione, organizzazione e prevenzione”. Publicado en la revista *Medicina e Morale* 2016/3: págs. 275-291. La traducción no ha sido revisada por los autores.

motivo la Medicina de lo Invisible recuerda a la Bioética que “aquello que es importante, no se ve”.

Palabras clave: relación, persona, valor, fin-de-la-vida, organización, prevención.

1. Introducción

El Principito [1] es uno de los libros más vendidos y traducidos en el mundo. Es esencialmente una fábula [2], escrita y publicada en New York el 6 de abril de 1943 [3], en inglés [4]. Apenas al año siguiente, su autor, Antoine de Saint-Exupéry –aristocrático, escritor y piloto de la aviación francesa– murió misteriosamente, precipitándose durante una misión en el sur de Francia [1; 5]. Su cuerpo no fue nunca encontrado; precisamente como el cuerpo del Principito,¹ al final de su historia. En 2015, una película de animación ha reencendido la atención mundial sobre esta obra literaria.

Indagando en la literatura científica, se observa que algunos episodios de la fábula, o algunos de sus personajes principales, han sido ya utilizados como metáfora o paradigma para comentar los más disparatados argumentos: medicina predictiva [6], análisis y relación terapéutica [7-9], clonación [10], psicofarmacología [11], desarrollo espiritual en los niños [12], e incluso un análisis de la fuerza de gravedad [13].

No hemos sin embargo logrado encontrar una publicación que afrontase la fábula, interpretándola cumplidamente en clave bioética. Por otra parte, y es bueno precisarlo desde el inicio, *El Principito* no trata ninguna cuestión ética ligada a la salud o a la praxis sanitaria. Más aún, en la fábula palabras como “ética”, “bioética” y “medicina” están totalmente ausentes.

Consideramos que algunos contenidos de la fábula puedan sin embargo ofrecer puntos interesantes y útiles para la bioética. La fi-

alidad de este artículo será por tanto la de analizar cuatro de sus temas a través de los ojos del Principito. En la prosecución de este objetivo, no tendremos la pretensión de realizar un análisis exhaustivo de la fábula, ni nos adentraremos en cuestiones de crítica textual o de análisis histórico-literario; además, buscaremos no atribuir al autor ideas que sobrepasen sus intenciones narrativas, reflejando en los contenidos de la fábula sólo nuestra interpretación de la misma. Donde sea necesario, nos limitaremos a subrayar algunos paralelismos bíblicos:² no tanto por proponer una visión de bioética cristiana, sino por profundizar en la comprensión de la simbología usada por el autor. Saint-Exupéry tenía desde niño cercanía con la Biblia [1, p. VII; 3, pp. 7-8, 13, 174-179]: criado en una familia católica, educado en un colegio jesuita, en toda su vida adulta ha proseguido la lectura de la Escritura y de textos teológicos. En *El Principito* y otras de sus obras se encuentran por tanto referencias más o menos explícitas a estas fuentes [1;3]. No impropriamente, entonces, la fábula ha sido estilísticamente definida “parábola” 14, p. 435].

2. Acompañar en la muerte: el valor invisible y la tecnología

El desierto es el escenario que inaugura y concluye *El Principito*: una inclusión narrativa significativa, en cuanto encuadra la narración en un escenario simbólico de vida al límite.

“Tuve un incidente con mi aeroplano, en el desierto del Sahara. *Algo se había roto en el motor*, y como no tenía conmigo ni un mecánico, ni pasajeros, me dispuse yo solo a buscar reparar el daño. Era una *cuestión de vida o muerte*, porque tenía agua para beber sólo para una semana” (cap. II [1, p. 11]).³

Algo se ha roto, en el plano físico. El aviador, otro personaje principal de la fábula, subrayará en diversas ocasiones encontrarse en peligro de muerte⁴ (cap. II [1, p. 12]; capVII [1, p. 38]). El desierto es de hecho el lugar que amenaza la supervivencia;⁵ en particular

por la falta de agua, que en la simbología de la fábula es portadora de vida relacional, de vínculos humanos (ver más adelante). Podemos por tanto considerar la situación de soledad extrema, de privación sobre el plano cuantitativo y cualitativo, una situación de “fin de vida” para todos los efectos.

En tal contexto simbólico, el Aviador está obsesionado por la reparación del motor: quiere irse, tiene «prisa» de resolver el problema técnico (cap. II [1, p. 14]); cap. VII [1, p. 35]), está “impaciente” (cap. II [1, p. 14]). Tal condición es quizá una experiencia típica de la medicina (y de la bioética)⁶ frente al “fin de la vida”: el ansia, por tanto, de concentrarse sobre los aspectos tecnológicos, o sobre la mera «reparación» del cuerpo físico.

El Principito tiene sin embargo otra perspectiva. Y se la capta inmediatamente, en cuanto, en el desierto, su primera petición⁷ es el dibujo de una oveja.

“La primera noche, dormí sobre la arena, a mil millas de cualquier vivienda humana. [...] ¿Se pueden imaginar mi estupor de ser despertado al alba por una extraña vocecita: «¿Me dibujas, por favor, una oveja?»”

“¿Qué cosa?”

“Dibújame una oveja”. [...]

Él repitió lentamente como si se tratase de *cosa de mucha importancia*: “Por favor, dibújame una oveja...”

Cuando un *misterio* está tan sobrecargado, no se osa desobedecer. Por absurdo que me pareciese, a mil millas de cualquier vivienda humana, y en *peligro de muerte*, saqué de mi bolsillo un pedazo de papel y la pluma estilográfica (cap. II [11, pp. 11-12]).

El Principito traslada entonces el discurso a otro plano. Su atención es por una cuestión de “mucha importancia” (cap. II [1, p. 12]), tanto que la petición, en formas diversas, es por él repetida siete veces antes de ser satisfecha.⁸ Partícipe de esta “insistencia”, el Aviador toma consciencia de ser llevado a una dimensión de “misterio” (cap. II [1, p. 12]; cap. III [1, p. 19]). No obstante el con-

texto de muerte, la exigencia primaria sobrepasa la urgencia de la sobrevivencia física, y la acción de valor es secundada. El Aviador, en otras palabras, reconoce que en aquella insistencia, en aquella petición irracional, hay un significado vital que comporta un imperativo moral, y actúa en consecuencia.

Lo que el texto nos deja intuir, por tanto, es que para el Principito, en el “final de la vida”, el deseo originario no es de tipo orgánico o tecnológico (beber o reparar el motor), sino un valor. Lo que da significado a su existencia –en aquel momento “al final del viaje”– es lograr tener una oveja (el “tesoro”, cap. II [1, p. 19]). Oveja que sin embargo lo satisfará sólo cuando sea finalmente “invisible”, más allá del plano material, en un “interior” (“dentro” de la caja) inaccesible a la percepción ocular.⁹ De hecho, “aquello que es importante, no se ve...” (cap. XXVI 1, p. 115)].

“Esta vez mi paciencia se había agotado, tenía prisa de poner en funcionamiento mi motor. Garabateé un cuarto dibujo. Y expuse esta explicación: “Esta es sólo su cajita. La oveja que querías *está dentro*”.

Me sorprendí mucho de ver el rostro de mi pequeño juez iluminarse. “Esto es precisamente lo que quería.” (cap. II [1, p. 14]).

Ha de aclararse que si el Principito, en este punto del viaje, sabe “ver” más allá del esquema material, superando la lógica racional y técnica del Aviador –y los intentos fallidos de este último de acercarse a la lógica irracional y de valores del Principito– el mérito está en la práctica experiencial tenida con el Zorro (ver más adelante), que le ha ya enseñado la nota “máxima sapiencial” de la fábula “Lo esencial es invisible a los ojos”) cap. XXI [1, p. 98]).

Lo que más nos interesa, sin embargo, son algunos indicios puestos en las páginas sucesivas, y que confirman cómo, en este pasaje de la fábula, la crítica relativa a lo esencial invisible es dirigida no tanto al mundo de los adultos en general, sino al mundo científico, y quizá a la medicina misma. De hecho, uno de los capítulos siguientes, que es una especie de glosa del diálogo sobre la

oveja, evoca precisamente la figura de un científico y un evento científico: se trata de un Astrónomo, y del descubrimiento de un asteroide del cual llega el Principito.

“Si les he contado tantos particulares del asteroide B 612, y si les he revelado su número, es precisamente por los grandes, que *aman las cifras*”.

Cuando ustedes les hablan de un nuevo amigo, nunca se interesan por las *cosas esenciales*. No se preguntan nunca: “¿Cuál es el tono de su voz? ¿Cuáles son sus juegos favoritos? ¿Colecciona mariposas?”

Sino les preguntan: “*¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos? ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto gana su padre?*” «*Sólo hasta entonces creen conocerlo*» (cap. IV [1, pp. 22-23]).

La lógica racional y técnica ama concebir la realidad en sus aspectos cuantificables: sólo así considera conocerla (o “poseerla”; mientras la verdadera posesión, como se verá más adelante, es de tipo relacional). De este modo, sin embargo, termina por auto-limitar el campo de conocimiento al cual tiene acceso, quitando las “cosas esenciales”, que son perceptibles y medibles con otros parámetros y medios.

Vale la pena notar, además, cómo las tres preguntas referidas como ejemplo de dicha lógica (*¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos? ¿Cuánto pesa?*) se encuentren en la anamnesis médica, cuya tarea es la de encuadrar la historia del paciente. Pero esto sucede a través de características “factuales”, que más que decirles “quién”, dicen “qué cosa” es la persona. La fábula parece sugerir aquí otro camino: el médico debería sobre todo empeñarse en hacer propia la identidad del paciente (el tono de voz: la personalidad; los juegos y las mariposas: las preferencias, los valores). Los números no bastan: «A nosotros que comprendemos la vida ¡nos tienen sin cuidado los números!» (cap. IV [1, p. 24]). La técnica, la datación, lo objetivizable/objetivo no ayudan: el Príncipe mismo se ríe del afán del Aviador por el aeroplano, cuando afirma: «en eso no puedes venir desde muy lejos» (cap. III [1, p. 19]). Para *El Principito*, la me-

dicina que cuenta, incluso sobre el plano epistemológico, es una “Medicina de lo Invisible”, capaz de entrar en el plano de los valores y de servirse de ellos para promover la relación entre dos personas y, consecuentemente, la eficacia de la intervención terapéutica.

La oposición entre valor personal y ciencia “aritmética” emerge bien, además, en el único momento en el cual el Principito pierde la paciencia:

«El Principito estaba ahora blanco de cólera. «Desde hace miles de años las flores fabrican espinas. Desde hace miles de años las ovejas comen incluso las flores. ¿Y no es *una cosa seria* buscar entender por qué las flores se ocupan tanto en fabricarse espinas que no sirven para nada? ¿No es *importante* la guerra entre las ovejas y las flores? ¿No es *más serio y más importante que las adicciones* de un gordo señor rojo? Y si yo conozco una flor única en el mundo, que no existe en ninguna parte, fuera de mi planeta, y que una pequeña oveja puede destruir de golpe, así, una mañana, sin darse cuenta de aquello que hace, ¡no es *importante* esto!»» (cap. VII [1, p. 37]).

Podremos afirmar que la Medicina de lo Invisible no se basa sólo en cuestiones (puras, cuantitativamente importantes) de vida o de muerte, sino está focalizada sobre los valores. Busca captar «aquello que cuenta para los pacientes» [20, p. 2477]: «Prescindiendo de lo que el doctor puede pensar respecto a su gravedad, pocas personas se dirigen a él por achaques que consideran banales. Como la Rosa del Principito, a sus ojos su problema es importante. Una plena comprensión de este hecho se coloca en el corazón de una buena praxis al lado de la cama del paciente» [21, e755].

Pero demos un paso atrás, y regresemos al desierto. El final de la fábula nos permite interpretarlo como un contexto de fin de vida, de algún modo asociable a la medicina. El Principito ha llegado al planeta tierra un año antes, cerca del punto en el cual el Aviaador ha caído. Si el encuentro sucede es porque, terminado el viaje terrestre, se acerca el momento de regresar al asteroide.

«“Sabes, mi caída sobre la Tierra... mañana será el aniversario...”»

Luego, después de un silencio, agregó: “Caí aquí cerca...”

Y enrojeció. De nuevo, sin entender el por qué, experimenté un extraño disgusto. Sin embargo una pregunta me vino a los labios: “¡Entonces, no es casualidad que la mañana en la cual te he conocido, tú paseabas completamente solo a mil millas de cualquier región habitada! ¿Regresabas al punto de tu caída?”» (cap. XXV [1, pp. 109-110]).

El regreso se cumplió a través de una especie de rito de pasaje, que interpretamos como un ritual de muerte, gracias a las palabras usadas por el Autor: «Sentía que estaba sucediendo algo extraordinario. Lo apretaba entre mis brazos como un bebito, y me parecía que *se deslizase verticalmente en un abismo*¹⁰ *sin que yo pudiese hacer nada por retenerlo...*» (cap. XXVI [1, p. 114]).

Aparece también la figura de la serpiente, símbolo de poder, sabiduría, temporalidad, magia y sanación, y al mismo tiempo de vida y muerte [16, pp. 867-879; 17, pp. 220-222; 18, pp. 403-410; 22, pp. 185-190].

«“Aquel a quien toco, lo restituyo a la tierra de donde ha venido. Pero tú eres puro y vienes de una estrella...”»

El Principito no respondió.

“Me das pena, tú tan débil, sobre esta Tierra de granito. Podré ayudarte un día si añoraras demasiado tu planeta. Puedo...”

“¡Oh! He entendido muy bien, dijo El Principito, “¿pero por qué hablas siempre con enigmas?”

“Los resuelvo todos”, dijo la serpiente. Y permanecieron en silencio (cap. XVII [1, p. 83]).

El silencio al final nos confirma que el diálogo se coloca en un contexto místico, iniciático. En eso, el Principito comprende la necesidad de la mordida de la serpiente para volver a casa,¹¹ a través del abandono o la transformación del cuerpo físico.

«“También yo, hoy, *regreso a casa...*” Luego, melancólicamente: “Es mucho más lejano... es mucho más difícil...” [...]»

«Parecerá que me siento mal... parecerá un poco que yo muera. Es así. No vengas a ver, no vale la pena...» [...]

“Pareceré muerto y no será verdad... [...] ¿Entiendes? Es demasiado lejos. No puedo llevarme mi cuerpo. Es demasiado pesado [...] Pero será como una vieja corteza abandonada. No son tristes las viejas cortezas...” (cap. XXVI [1, pp. 114, 116-118]).

Este rito de pasar implica sentimientos de tristeza y miedo para quien participa en ello (cap. XXV [1, p. 110]; cap. XXVI [1, pp. 114, 118]), un «sentimiento de lo irreparable» (cap. XXVI [1, p. 114]). No sólo por la interrupción inevitable del vínculo humano que eso implica «Se arriesga a llorar un poco si se ha dejado domesticar...» (cap. XXV [1, p. 110]); «No podía soportar la idea de no escuchar ya aquella risa» (cap. XXVI [1, p. 114]). El Principito teme un sufrimiento inútilmente prolongado. Pregunta de hecho a la serpiente: «¿Tienes buen veneno? ¿Estás seguro de no hacerme sufrir demasiado tiempo?» (cap. XXVI [1, p. 111]).

Si desde aquí se intenta ampliar la mirada, se logra entrever en el texto la descripción de un acompañamiento a la muerte; posibilidad, ésta, perfectamente coherente en la fortísima vocación relacional que caracteriza toda la fábula.

Recorramos de nuevo los eventos del día anterior al pasaje, cuando el Principito afirma tener sed. Él y el Aviador buscan juntos un pozo en el desierto; lo encuentran precisamente cercano al punto en el que sucederá el ritual. Beben juntos y tampoco en este caso se trata de un acto puramente fisiológico:¹² «Un poco de agua puede hacer bien, incluso al corazón...» (cap. XXIV [1, p. 104]) Pero hay algo más: “«Aquello que embellece el desierto», dijo el Principito, “«es que esconde un pozo en alguna parte...»” (cap. XXIV [1, p. 104]).

El primer mensaje que obtenemos es que en el lugar de la muerte hay espacio para una belleza, o bien para aquella dimensión relacional que en el rito del pasar se puede y debe crear. El rito –como ha explicado el Zorro hablando de domesticación, es decir de relación (el Zorro por otra parte evocado en este pasaje)– es aquello

que «hace un día diverso de los otros días, una hora de las otras horas» (cap. XXI [1, p. 94]). En otras palabras, es una acción o un evento humano capaz de dar significado atemporal al tiempo vivido. En el rito de pasar que toma forma en la fábula, el significado viene precisamente de la unión humana que interviene y de su capacidad de hacerse presencia continua: el Príncipe tiene sed de «esta» agua, del valor que la materia asume a la luz de la relación, de la situación en la cual es asimilada la marcha, la polea, el esfuerzo de los brazos: una «experiencia compartida» [2, p. 214]. Agua que está impregnada del tiempo recíprocamente donado por las personas implicadas. La petición “tengo sed” no expresa una mera necesidad orgánica, no es una petición de salud física: el Principito sabe ya, al contrario del Aviador que lo intuye solamente, que el término de su viaje es inminente. No es por tanto ya su cuerpo, que abandonará en breve, la cosa importante, el centro de su atención. En su final de la vida, el Principito expresa una sed de relación humana, la absorción mediata del agua física de gestos y colaboraciones, de eventos relacionales que llenen, hasta el final, el pasar. El agua es claramente, eminentemente símbolo de una vivencia de valores. Para la Medicina de lo Invisible, “aquello que es importante” (cap. XXVI [1, p. 115]) en el fin de la vida es de nuevo, únicamente, una realidad invisible, no traducible en esquemas aritméticos.

“«Tengo sed de *esta* agua», dijo El Principito, “dame de beber...” ¡Y entendí aquello que había buscado! Levanté el balde hasta sus labios. Bebió con los ojos cerrados. Era dulce como una fiesta *Esta agua era claramente otra cosa que un alimento*. Había nacido de la marcha bajo las estrellas, del canto de la polea, del esfuerzo de mis brazos. Hacía bien al corazón, *como un don*. [...]

“De ti, los hombres”, dijo el Principito, “cultivan cinco mil rosas en el mismo jardín... y no encuentran aquello que buscan...” “No lo encuentran”, respondí. “Y sin embargo *aquello que buscan* podría ser encontrado en una sola rosa o *en un poco de agua...*” “Cierto”, respondí. Y el Principito agregó: “Pero *los ojos están ciegos*.”

Es necesario buscar con el corazón” (cap. XXIV [1, p. 108]).

La búsqueda del pozo, y no puede ser una casualidad, coincide precisamente con el inicio del ritual de la muerte: «Comenzaba a dormirse, yo lo tomé entre los brazos y retomé el camino» (cap. XXIV [1, p. 106]). El acompañamiento en el morir es inmediatamente caracterizado por un tomar consigo, de un hacerse cargo y cuidar al moribundo. Existen gestos que parecen evocar la paliación —«había desatado su bufanda de oro. Le había mojado las sienes y le había dado de beber» (cap. XXVI [1, p. 112]). Al aproximarse el momento crucial es reafirmado tres veces «No te dejaré» (cap. XXVI [1, pp. 116-117]) y más adelante, en tres ocasiones se repitió una actitud de respetuoso silencio frente al evento— «Yo estaba callado» (cap. XXVI [1, p. 118]). Pero la Medicina de lo Invisible está sobre todo marcada, como hemos dicho, por una profunda relacionalidad (el agua que es de nuevo recordada: «Aquello que es importante, no se ve... es como el agua» XXVI [1, p. 115]). Y quizá es precisamente por tal motivo que el Príncipe puede afirmar: «Es bueno haber tenido un amigo aún si después se muere» (cap. XXIV [1, p. 103]).

3. Un Invisible estilo relacional

La Medicina de lo Invisible tiene por tanto un estilo relacional, y tal estilo caracteriza todo el actuar del Principito.

Es de hecho un Príncipe que busca a los hombres (cap. XXI [1, p. 91]). Es emblemático que mientras los hombres de hoy buscan la vida fuera del planeta Tierra, alejándose en el espacio, el Principito desde el espacio busque la vida acercándose a la Tierra, a lo concreto de lo real. En este viaje, será precisamente gracias a un encuentro —el encuentro con el Zorro— que aprenderá el sentido auténtico de la relación. De hecho «sólo se conocen las cosas que se domesticar» (cap. XXI [1, pp. 93-94]). Y domesticar¹³ es «crear lazos» (cap. XXI [1, p. 92]).

Para la Medicina de lo Invisible, esto implica un diferente acercamiento médico-paciente. Sobre todo, como premisa, la elección de los espacios y de los tiempos más propicios (por ejemplo el desierto, lugar de escucha), para dedicar a la relación (ver el ya citado discurso del Zorro sobre la importancia del rito).

En seguida, el médico tiene necesidad de “domesticado” para el enfermo a fin de conocer la enfermedad, en su manifestación concreta, y comprender a cuál necesidad de salud dar una respuesta eficaz. Sin embargo, el enfermo tiene a su vez necesidad de “domesticado” para el médico con el fin de entender su perspectiva científica, y saber cómo expresar su necesidad¹⁴ al interior de la relación del tratamiento. El acto mismo del conocer depende de la relación humana: «Para escuchar, lo verdaderamente crucial es el deseo de hacerlo; para conocer y para conocerse, lo crucial es la relación» [27, p. 296]. En otras palabras, lo invisible tiene un fundamental valor gnoseológico y epistemológico, volviéndose así un “dato clínico” recabable sólo al interior de una relación.

En este proceso de recíproco conocimiento y domesticación, «es necesario ser muy pacientes» (cap. XXI [1, p. 94]). Requiere tiempo. Pero, como recuerda el Zorro: «Es el tiempo que tú has perdido por tu rosa que ha hecho tu rosa tan importante [...] Tú te vuelves responsable para siempre de aquello que has domesticado. Tú eres responsable de tu rosa...» (cap. XXI[1, p. 98]).

Para entender ese pasaje, es necesario mirar el capítulo VIII, donde se describe el “tomar a su cuidado” la Rosa por el Principito: un personaje pretencioso, indisponente, «orgullosa» (cap. IX [1, p. 47]), «muy complicada» (cap. VIII [1, p. 43]). El Principito, en lugar de impacientarse, insiste en la relación: la riega; escucha sus presunciones; la protege bajo una campana de vidrio de las corrientes de aire cuando exageradamente se lamenta; la escucha jactarse u obstinarse en el silencio. Es esto lo que hace de la Rosa, única entre todas las rosas del universo. Y esto muestra cómo se pueda conseguir y realizar «la existencia personal [...] en su originalidad y unicidad como valor» [2, p. 222] en sí y por sí.

Sin unicidad, todo individuo termina por ser mera abstracción o categoría [28]. Por el contrario, para la Medicina de lo Invisible, no cuenta cuan “complicado” sea el paciente: él asume pleno significado en su ser considerado único. En el reconocimiento de su singularidad histórica que posee su identidad, constituida por una irrepetible trama de características físicas (género, edad, orden genético, constitución, enfermedad) y no físicas (escolaridad, nivel socio-económico, opiniones, creencias, preferencias, sentimientos). La emersión de la unicidad, y del correspondiente mundo de valores que lleva en sí, sólo puede suceder a través de una dinámica dialógica. No es casualidad que *El Principito* sea una fábula construida en gran parte en diálogos, a la par de las obras de Platón: «El diálogo da lugar no sólo a la verdad de la teoría, sino a aquello que puede ser más importante, la no racionalizada verdad de la intuición» [2, p. 211]. Una comunicación profunda es sin embargo «profundamente histórica» [27, p. 55], es decir narrativa, capaz de entrar en la historia de los interlocutores. Una comunicación que tiene valor porque está impregnada de realidad humana, como el agua en el desierto: «La vida, como el agua, asume un significado, se vuelve real, sólo en cuanto materia de experiencia, diálogo y encuentro recíprocos. Se debe hacer experiencia de la realidad para conocerla...» [2, p. 220].

Por tanto, «su rosa es esencialmente diversa de las otras rosas [...] porque con esta particular rosa ha desarrollado una relación...» [29, p. 3]. Tal relación, en la cual emerge la verdad de un valor concretamente amasado de realidad, y lo que da significado a la vida del Príncipe, al grado de hacerlo capaz de “morir” con tal de regresar con su Rosa –revelando todo el deseo que implica la relación misma, deseo «fuerte como la muerte» (Ct 8,6). Que es como decir, por una parte, que el tiempo invertido en la comunicación con el paciente, el tiempo de la relación, es a pleno título tiempo terapéutico,¹⁵ en la medida en la cual su concreción da plenitud e integridad al existir– da “salud”,¹⁶ que en cuanto está orien-

tando a la personalización de la intervención asistencial lo hace eficaz.

Por otra parte, es el paciente el que da significado al existir del médico, transformando su rol en la relación. Por ejemplo, el diálogo con el Aviador es «promotor de un devenir interpersonal» [2, p. 212]. El Aviador cambia, incluso sólo en el momento en que descubre su vocación para el dibujo, que ha quedado sofocada desde los tiempos de la infancia: «a través de la relación con el Principito sufre una transformación del espíritu. [...] Al inicio de la historia nos cuenta que de niño quería ser un artista pero, dado que sus padres no entendieron nunca sus dibujos y habían desalentado su pasión, había pasado a los aeroplanos. [...] A través de la relación con el Principito el narrador comienza a dibujar otra vez. [...] Conforme el narrador empieza a querer (to care) cada vez más al Principito, sus valores cambian. Se interesa cada vez menos de su propio aeroplano y de sus preocupaciones concretas de la vida y progresivamente se aviene a la perspectiva del Principito» [29, p. 3].

Por tanto, en la fábula, los personajes principales siguen un camino que los lleva a volverse persona, que es el objetivo principal del ser humanos. No sorprende sin embargo que la adquisición del yo sea conseguida a través del otro Como el Príncipe mismo explica: «Derecho delante de sí no se puede ir muy lejos» (cap. III [1, p. 20]), o bien es necesario relacionarse y dialogar con el otro para volverse persona [2, p. 219]. En otras palabras: «Existir significa conectarse con los otros, salir de los límites individuales»; en consecuencia, la relación «es constitutiva de la existencia humana, porque yo no sería posible sin relacionalidad con los otros seres» [32, p. 169]. El acto de «crear lazos» (cap. XXI [1, p. 92]) corresponde por tanto al acto de crearse a sí mismos: y ya que se trata de una decisión libre, consciente e intencional, tiene que ver con la ética. Además, se trata de una «cosa seria»¹⁷ porque es cuestión de “experiencia”: «sin experiencias personales directas no puede haber una plena comprensión de la realidad, porque el otro puede ser alcan-

zado sólo a través de la experiencia cara a cara» [2, p. 221]. De hecho, el Principito entiende quién es a través de los encuentros que realiza, a través de aquello que tiene valor para él, o bien a través de la consciencia de que su responsabilidad en la relación es parte de su auténtico ser y se vuelve persona [2, p. 213]. En síntesis, también el rol, el estar en la relación, está profundamente enraizado en la ética.

Concluyendo, en la Medicina de lo Invisible, la unión «deriva del *tener necesidad* de alguien, del cual se ha sido “domesticado” o del *ser responsable* por alguien del que se ha “domesticado” [5, p. 96]. El paciente tiene necesidad del médico, tanto como el médico del enfermo. El médico, en la acción de atender, se vuelve responsable del paciente –está éticamente llamado a “darle respuesta” (aún cuando hace peticiones absurdas, como un biombo para las corrientes de aire...)- y en esto encuentra el significado para su propio tiempo. Sin embargo, en tal perspectiva, no hay que olvidar que el paciente tendrá una equivalente responsabilidad relacional hacia el médico que “domestica”, en cuanto contribuye a la forma de su existir. Para la Medicina de lo Invisible, el imperativo ético del diálogo está en el hecho de que en eso se revela y se forma la persona y, en consecuencia, una recíproca responsabilidad de todo dialogante en el *hacerse del otro*.¹⁸

4. Lo Invisible para la ética de la organización

En términos de responsabilidad, un punto de la fábula se aplica también a quien se ocupa de la organización y de las políticas sanitarias. En el curso del viaje, el Principito encuentra un monarca que da sólo órdenes razonables:

“»Si ordenase a un general volar de una flor a otra como una mariposa, o escribir una tragedia, o de transformarse en un pájaro marino; y si el general no realizase la orden recibida, ¿quién se habría equivocado, él o yo?»»

“Se habría equivocado usted”, dijo con firmeza el Principito.

“Exacto. *Es necesario exigir de cada uno aquello que cada uno puede dar*”, continuó el rey. “«La autoridad reposa, antes que nada, sobre la razón. Si tú ordenas a tu pueblo ir a arrojarse al mar, hará una revolución. Tengo el derecho de exigir la obediencia porque *mis órdenes son razonables*»» (cap. X [1, p. 51]).

En la perspectiva de la Medicina de lo Invisible, quien tiene responsabilidad de *governance* debe asegurarse de asumir objetivos «razonables», o bien de poner a los profesionistas médicos en las condiciones de realizarlos con los recursos (económicos, humanos, etc.) disponibles, sin renunciar a la responsabilidad moral de gobernar.¹⁹

Pensemos, por ejemplo, en la definición de los objetivos del BUDGET (presupuesto) que, prescindiendo del prever un elevado grado de involucramiento del personal [34; 35] –para obtener el compromiso de alcanzar los objetivos, y la maduración de responsabilidades difusas– debería ser *a priori* compatible con la organización en la cual los objetivos son aplicados; en caso contrario, quien los define en modo “desproporcionado” se hace responsable de su carente obtención. En el momento en que se crease tal circunstancia, una solución será la de activarse para encontrar nuevos recursos. O bien remodelar el objetivo en modo concertado, incluyendo a los profesionistas y a los otros interesados en la organización, evitando que este proceso termine por inducir un “jugar a la baja” (el adaptarse al *status quo* o el establecer objetivos que contradigan la *misión*),

En fin, como se ha mencionado, en una óptica relacional –si es verdad que, parafraseando una conocida máxima, la relación es un modo de ser de la organización [36]– la responsabilidad del leader debería ser compartida, tanto para atribuir la más adecuada prioridad a los objetivos, como para construir un sistema que tenga significado para todos.

5. Prevención/precaución: Invisible pre-ver

La Medicina de lo Invisible se ocupa también de peligros que todavía “no se ven”: el tema del baobab y de los volcanes nos permite hablar de prevención y precaución.

“»¿Es verdad que las ovejas comen los arbustos?“»

“Sí, es verdad”.

“¡Ah! Estoy contento”.

No entendí por qué era tan importante que las ovejas se comiesen los arbustos. Pero el Principito continuó: “¿Entonces se comen también los baobab?”

Hice observar al Principito que los baobab no son arbustos, sino árboles grandes como iglesias [...]

Pero observó sabiamente: “Los baobab antes de volverse grandes comienzan por ser pequeños0” [...].

De hecho, en el planeta del Principito hay, como en todos los planetas, hierbas buenas y hierbas malas. En consecuencia: buenas semillas de hierbas buenas y malas semillas de hierbas malas. Pero *las semillas son invisibles*. [...] Si se trata de una planta *mala*, es necesario *arrancarla de inmediato, penas se la ha reconocido*. Habían terribles semillas en el planeta del Principito: eran las semillas de los baobab. El suelo estaba infestado. Ahora bien, un baobab, si se llega demasiado tarde, no se logra ya deshacerse de él. Atiborra todo el planeta. Lo traspasa con sus raíces. Y si el planeta es demasiado pequeño y los baobabs demasiado numerosos, *lo hacen explotar*.

“«Es una *cuestión de disciplina* [...] es necesario hacer con cuidado la limpieza del planeta. Es imprescindible obligarse *regularmente* a arrancar los baobab *apenas se distinguen* [...] Es un trabajo *muy aburrido, pero fácil*. [...] Alguna vez no tiene inconveniente postergar el propio trabajo. Pero si se trata de los baobab *es siempre una catástrofe*. He conocido un planeta habitado por un perezoso. Había descuidado los arbustos...”» (cap. V [1, pp. 27-30]).

Vale la pena subrayar la “moral” intencional asociada por el mismo Saint-Exupéry a este riesgo: «No me gusta tomar el tono del *moralista*. Pero el *peligro* de los boabab es tan poco conocido, y los *riesgos* que correría quien se perdiese en un asteroide, tan *graves*, que una que otra vez he hecho excepción» (cap. V [1, p. 30]). También los volcanes reclaman el tema de la prevención:

«Limpió cuidadosamente la chimenea de sus volcanes en actividad. Poseía dos volcanes activos. [...] Y poseía también un volcán apagado. Pero, como él decía, “*nunca se sabe*” y así limpió también la chimenea del volcán apagado.»

Si las chimeneas están bien limpias, queman *poco a poco, regularmente, sin erupciones* [...] Es evidente que en nuestra tierra nosotros somos demasiado pequeños como para poder limpiar las chimeneas de nuestros volcanes y es por esto que nos dan tantos problemas (cap. IX [1, p. 46]).

“«Poseo tres volcanes a los cuales les limpio la chimenea todas las semanas. ¿Por qué limpio la chimenea también del apagado? *Nunca se sabe*. Es *útil* para mis volcanes y es útil para mi flor *que yo los posea*”» (cap XIII [1, p. 65]).

La Medicina de lo Invisible es por tanto también una actividad dirigida a la supervivencia (y en esto recuerda precisamente el concepto de bioética como “ciencia de la supervivencia” de Potter [37]). Extirpar el arbusto de boabab o mantener limpia la chimenea de un volcán significa impedir “una catástrofe” (cap. V [1, p. 30]), es decir que el planeta sea destruido por negligencia (pereza, falta de disciplina). Se trata de un trabajo “muy aburrido” (cap. V [1, p. 30]), porque es repetido continuamente y los resultados no se ven en lo inmediato; incluso, tal vez puede parecer carente de sentido (especialmente si el volcán está inactivo). Pero “*nunca se sabe*” (cap. IX [1, p. 46]): el valor fundamental de la vida en juego justifica la acción de prevención o de precaución. Y hace parecer «fácil» esa acción (cap. V [1, p. 30]) si es realizada regularmente, constantemente, en modo programado. La Medicina de lo Invisible “ve” el peligro y el daño también cuando todavía son imperceptibles (prevención:²⁰ la semilla bajo tierra) o ini-

maginables (precaución:²¹ el volcán inactivo). Concibe un mal no evidente (una semilla en la tierra) antes que pueda fácilmente difundirse.

Hay una ulterior reflexión ética por agregar, y se refiere a la utilidad. Los volcanes y la flor obtienen un bien del pertenecer al Principito. La utilidad, en este caso, nos es simplemente dada por la maximización del beneficio, en sentido utilitarista, sino es una cuestión ligada a la responsabilidad. El Principito, es «responsable» de su Rosa (capítulos XXI, XXV, XXVI), así como de su planeta, espacio vital “poseído” en cuanto reconocido bajo su propia tutela.²² Se trata por tanto también de una prevención/precaución a interpretarse en sentido relacional y valorial.

6. Conclusión

En una perspectiva bioética, la fábula *El Principito* nos ofrece las bases para una Medicina de lo Invisible.

Dicha medicina posee una lógica valorial, que comprende los aspectos tecnológicos y orgánicos, y se pone más allá de ellos. Tal lógica es el fundamento de toda acción existencial tanto desde el punto de vista ético como de la eficacia.

Esto implica un estilo relacional, centrado sobre la unicidad del paciente, en torno al cual el tiempo es expresado. De este modo emerge lo invisible –o bien aquello que cuenta para el paciente– que se vuelve, sobre el plano gnoseológico y epistemológico, un «dato clínico» a todos los efectos para establecer la asistencia.

Para que esto suceda, el médico tiene necesidad de ser domesticado por el enfermo y el enfermo tiene necesidad de ser domesticado por el médico. Cada uno tiene necesidad del otro, y cada uno se vuelve responsable del otro, y en tal relación se genera significado para los respectivos roles y el tiempo común vivido. La ética del diálogo depende de la capacidad del diálogo mismo de “hacer” a la persona que en él está comprometida.

La responsabilidad, además, es siempre compartida y razonable, aún en el gobierno de la organización. Está además proyectada ha-

cia el futuro, hacia amenazas a la vida que todavía no se ven. En una óptica relacional, “poseer” una parte del mundo implica un imperativo ético a actuar para tutelar esta vida que representa. Vida sin la cual no se da relación real, y por tanto significado un elemento esencial que corre el riesgo siempre de escapar a los ojos. Es por este motivo que la Medicina de lo Invisible exige a la Bioética recordar que «aquello que es importante no se ve.

Referencias bibliográficas

- ¹ SAINT-EXUPÉRY A. *Il Piccolo Principe*. Milano: Bompiani; 1986.
- ² HETZLER FM. *The person and The Little Prince of St. Exupéry*. Proceedings of the American Catholic Philosophical Association 1986; 60: 211-226.
- ³ ROMEO E (curador). *Il Piccolo Principe commentato con la Bibbia*. Milano: Ancora; 2015.
- ⁴ SAINT-EXUPÉRY A. *The Little Prince*. New York: Reynal & Hitchcock; 1943.
- ⁵ FAY EG. *The philosophy of Saint Exupéry*. The Modern Language Journal 1947; 31 (2): 90-97.
- ⁶ ANNAS GJ. *Personalized medicine or public health? Bioethics, human rights, and choice*. Rev Port Saúde Pública 2014; 32 (2): 158-163.
- ⁷ COWLES J. *Lessons from “The Little Prince”: therapeutic relationships with children*. Professional School Counseling 1997; 1(1): 57-60.
- ⁸ DIAMBROSIO PE. *Patient and analyst in crises: a mutual transformation reflected in a clinical narrative and St. Exupéry’s “The Little Prince”*. International Journal of Psychoanalytic Self Psychology 2014; 9 (2): 131-143.
- ⁹ ABLON SL. *Child analysis and The Little Prince*. The Psychoanalytic Study of the Child 1989; 44: 297-305.
- ¹⁰ SHUSTER E. *My clone, myself, my daughter, my sister: echoes of Le Petit Prince*. Proceeding of the International Symposium Amade-Unesco on Bioethics and the Rights of the Child (Monaco, April 28-30 2000).
- ¹¹ GIURGEA CE. *Psychopharmacology tomorrow: 1984 or The Little Prince?* Psychological Medicine 1984; 14 (3): 491-496.
- ¹² TER AVESTA I, MCDUGALL R. *The Little Prince an introduction to spirituality: a moving experience in religious education for primary school children in a secularized world*. Journal of Beliefs & Values: Studies in Religion & Education. 2014; 35 (2): 214-217.
- ¹³ STRNAD J. *The planet of the Little Prince*. Physics Education 1988; 23: 224-225.
- ¹⁴ BAZHENOVA NG, KURAGINA AA, RUSINOVA NV. *The Bible as the basis of images and the parables of “The Little Prince” by Antoine de Saint-Exupéry*. Mediterranean Journal of Social Sciences 2015; 6 (3-S7): 435-41.

- ¹⁵ *Nuovissima versione della Bibbia dai testi originali*. Milano; San Paolo: 1996.
- ¹⁶ CHEVALIER J, GHEERBRANT A. *Dictionnaire des symboles*. Paris: Robert Laffont/Jupiter; 1982.
- ¹⁷ PIAZZONI A (curador). *Simboli*. Casale Monferrato: Piemme; 1995.
- ¹⁸ COCAGNAC M. *I simboli biblici. Lessico teologico e spirituale*. Bologna: EDB; 1993.
- ¹⁹ TEN HAVE H. *Ethical perspectives on health technology assessment*. International Journal of Technology Assessment in Health Care 2004; 20 (1): 71-76.
- ²⁰ PORTER ME. *What is value in health care?* New England Journal of Medicine 2010; 363 (26): 2477-2481.
- ²¹ SOKOL DK. *Matters of life and death and quality of life*. British Medical Journal 2012; 344: e775.
- ²² FERBER M. *A dictionary of literary symbols*. New York: Cambridge University Press; 1999.
- ²³ SAINT-EXUPÉRY A. *Le Petit Prince*. Paris: Éditions Gallimard; 1987.
- ²⁴ *Le Bible de Jérusalem*. Paris: Les Éditions du Cerf; 1973.
- ²⁵ *Le Grand Robert de la langue française, version 2.0*. Paris: Le Robert-Sejer/Bureau Van Dijk; 2005.
- ²⁶ LITTRÉ É. *Dictionnaire de la langue Française*. Paris: Hachette; 1873-75.
- ²⁷ CALAMO SPECCHIA F. *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore; 2011.
- ²⁸ COHN F. *Existential medicine: Martin Buber and physician-patient relationship*. Journal of Continuing Education in the Health Professions 2001; 21(3): 170-181.
- ²⁹ MATTHEWS GB. *The Little Prince*. The Journal of Philosophy for Children 2002; 16(1): 3.
- ³⁰ ERNOUT A, MEILLET A. *Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots*. Paris: Klincksieck; 2001.
- ³¹ DE VAAN M. *Etymological dictionary of Latin and the other Italic languages*. Leiden: Brill; 2008.
- ³² TEN HAVE H, GORDIJN B. *The significance of relatedness in healthcare*. Medicine Health Care and Philosophy 2014; 17 (2): 169-170.
- ³³ HUBIN DC. *The groundless normativity of instrumental rationality*. The Journal of Philosophy 2001; 98 (9): 445-468.
- ³⁴ SPANDONARO F. *Budgeting nelle unità assistenziali ospedaliere*. En: SPINSANTI S (curador). *Management per la nuova sanità*. Napoli: Edises; 1997: 114-133.
- ³⁵ CAMPANA A, GUERRIERI A. *Programmazione sanitaria a livello di azienda: gli strumenti della pianificazione strategica e del controllo di gestione*. En: DAMIANI G, RICCIARDI W (curadores). *Manuale di programmazione sanitaria*. Napoli: Idelson-Gnocchi; 2011: 278-315.
- ³⁶ DRUCKER PF. *Managerial Communications*. En: DRUCKER PF. *Management: tasks, responsibilities, practices*. New York: Truman Talley Books/EP Dutton; 1986: 330-338.
- [POTTER VR. *Bioethics, the science of survival*. Perspectives in Biology and Medicine 1970; 14 (1): 127-153.

³⁸ BODANSKY D. *The precautionary principle in US environmental law*. En: O'RIORDAN T, CAMERON J (curadores). *Interpreting the precautionary principle*. London: Routledge; 2013: 203-228.

³⁹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB). *Il principio di precauzione: profili bioetici, filosofici, giuridici (18 giugno 2004)*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2004.

⁴⁰ CAPPELLETTO G. *Genesi (Capitoli 1-11)*. Padova: Edizioni Messaggero; 2005.

“The Little” Prince and Medicine of the Invisible: relationship, organization and prevention

Massimiliano Colucci, Renzo Pegoraro

Abstract

In this article, we attempt to analyze four bioethical topics through the eyes of the Little Prince: the end of life context, the patient-physician relationship, the ethics of the organization and prevention/precaution. We will approach this from a perspective that we have termed “Medicine of the Invisible”, which is focused on values. The Little Prince suggests we seek the invisible as a new type of “clinical data” that can help transform healthcare intervention into something more ethical and effective. The invisible –which is the “important thing”, the “serious thing”, even at the gnostic and epistemological level– is only attainable within a relationship. Therefore, the doctor needs to be “tamed” by the patient, and the patient by the doctor –each one taking responsibility for the other, each one growing into himself through dialogue with the other. But responsibility also means paying attention to the future; guarding against life threats that are still unknown. In fact, the Little Prince teaches us that owning a part of the world–“useful possession” –implies the ethical imperative to act, in order to safeguard life. But without a concrete relationship– imbued with lived time, shared experiences, and individual uniqueness no meaning or value can be derived. For this reason, Medicine of the Invisible points out to Bioethics that “what is important is the unseen”.

Lanza Foundation, Padova, Italy

Original title: “*Il Piccolo Principe*” e *la Medicina dell’Invisibile: relazione, organizzazione e prevenzione*”. Published in the journal *Medicina e Morale* 2016/3: pages 275-291. This translation has not yet been approved by the authors.

Keywords: relationship, person, value, end-of-life, organization, prevention.

1. Introduction

The Little Prince [1] is one of the best-selling and most translated books in the world. It is essentially a fable [2], written and published in New York on April 6, 1943 [3], in English [4]. Barely a year later, its author, Antoine de Saint-Exupéry –aristocratic, writer and pilot of French aviation– died mysteriously, plunging to his death during a mission in the South of France [1; 5]. His body was never found; just like the body of the Little Prince, at the end of the story. In 2015, an animated film has rekindled world interest in this literary work.

Research focusing on scientific literature reveals that some episodes of the fable, or some of its main characters, have already been used as a metaphor or paradigm to comment on the most disparate arguments: predictive medicine [6], analysis and therapeutic relationship [9], cloning [10], psychopharmacology [11], spiritual development in children [12], and even an analysis of the force of gravity [13].

We have not, however, succeeded in finding a publication that tackles this fable, giving it its full bioethical interpretation. On the other hand, it is important to specify from the beginning, that *The Little Prince* does not address any ethical issues linked to health or sanitary praxis. Moreover, in the fable words such as “Ethics”, “Bioethics” and “medicine” are totally absent.

Nevertheless, we consider that certain elements of the fable may provide interesting and useful bioethical points. The purpose of this article will therefore be to analyze four inherent themes through the eyes of the Little Prince. In pursuit of this objective, we do not pretend to accomplish an exhaustive analysis of the fable, nor will we enter into questions of textual criticism or histori-

cal-literary analysis; likewise, nor will we attempt to attribute ideas to the author that surpass his narrative intentions; only reflecting our particular interpretation of aspects of the fable. Where apt, we will limit ourselves to underlining some biblical parallels: not so much to promote a vision of Christian bioethics, but rather to expand understanding of the symbology used by the author. Saint-Exupéry had been familiar with the Bible since childhood [1, p. VII; 3, pp. 7-8, 13, 174-179]: raised in a Catholic family and educated in a Jesuit school; throughout his adult life he continued reading the Scriptures and theological texts. In *The Little Prince* and his other works there are thus more or less explicit references to these sources [1; 3]. It is therefore not inappropriate that this fable has been stylistically defined as a "parable" [14, p. 435].

2. To accompany in death: the invisible value and technology

The desert is the backdrop that inaugurates and concludes *The Little Prince*: its inclusion in the narrative is significant, as it frames the narrative in a symbolic scenario of life at the limit.

"I had an incident with my airplane, in the Sahara desert. *Something had failed in the engine*, and as I had neither mechanic nor passengers, I prepared to repair the damage on my own. It was a *matter of life and death*, because I had only a week's worth of drinking water"(chap II [1, p. 11]).

Something has broken, at a physical level. The aviator, another principal character in the fable, will stress on several occasions that he is in danger of dying (chap. II [1, p. 12]; chap.VII [1, p. 38]).The desert is in fact the place that threatens survival; in particular because of lack of water, which in the symbology of the fable is the link to life, human bonds (see below). We can therefore consider the situation of extreme solitude, of deprivation at a quantitative and qualitative level, to be an "end of life" situation, in all senses.

In this symbolic context, the Aviator is obsessed with engine repair: he wants to leave, he is in “a hurry” to solve the technical problem (Chap II [1, p. 14] chap. VII [1, p. 35]), he is “impatient” (chap II [1, p. 14]). This condition is perhaps a typical experience in medicine (and bioethics) when facing the “end of life”: the pre-occupation is thus to concentrate on the technological aspects, or on the mere “repair” of the physical body.

The Little Prince however has a different mindset. And this is made clear immediately, as in the desert, his first request is a drawing of a sheep.

“The first night, I slept on the sand, a thousand miles from any human dwelling. [...] Can you imagine my amazement at being awakened at dawn by a strange little voice: “Will you please draw me a sheep?”

“What’s that?”

“Draw me a sheep”. [...]

He repeated it slowly as if this were something of *great importance*: “Please draw me a sheep ...”

When a *mystery* is so overwhelming, you do not dare disobey. As absurd as it seemed to me, a thousand miles from any human dwelling and in *danger of death*, I took from my pocket a piece of paper and a fountain pen» (chap. II [11, pp. 11-12]).

The Little Prince then moves the discourse to another plane. His attention focuses on a matter of “great importance” (chap II [1, p. 12]), so much so that the petition, in various forms, is repeated seven times before he is satisfied. A participant in this “insistence,” the Aviator becomes aware of being brought into a “mysterious” dimension (chap II [1, p. 12], chap III [1, p. 19]). Despite the context of death, the primary requirement surpasses the urgency of physical survival, and the value act is seconded. In other words, the Aviator recognizes that in this insistence, in this irrational petition, there is a vital meaning which bears a moral imperative, and he acts accordingly.

What the text allows us to appreciate, therefore, is that for the Little Prince, at the "end of life", the original desire is not either organic or technological (to drink or to repair the engine), but a value. What gives meaning to his existence - at that moment, "at the end of the journey" - is to manage to have a sheep (the «treasure», chap II [1, p. 19]). A sheep however that will only satisfy him when it is finally "invisible", beyond the material plane, in an "interior" ("inside" the box) inaccessible to the eye's perception. In fact, "what is important is the unseen..." (chap XXVI, 1, p. 115).

This time my patience was exhausted, I was in a hurry to start my engine. I scribbled a fourth drawing. And I gave this explanation: "This is just its box. The sheep you wanted *is inside*."

I was very surprised to see the face of my little judge light up. "This is just what he wanted." (chap. II [1, p. 14]).

It must be made clear that if the Little Prince, at this point of the journey, knows how to "see" beyond the material context, surpassing the rational and technical logic of the Aviator –and the latter's failed attempts to share the irrational logic and values of the Little Prince– the merit lies in the practical experience with the Fox (see the following), who has already taught him the "sapient maxim" of the fable «The essential is invisible to the eyes») chap. XXI [1, p. 98]).

What is of most interest to us however, are some indications set forth in the following pages, which confirm how, in this passage of the fable, criticism concerning the invisible essential is directed not so much to the world of adults in general, as to the scientific world, and perhaps to medicine itself. In fact, one of the following chapters, which to some extent interprets the dialogue about the sheep, evokes precisely the figure of a scientist and a scientific event: it is about an astronomer, and the discovery of an asteroid from which the Little Prince arrives.

If I have told you so many facts about asteroid B 612, and if I have revealed its number to you, it is precisely for those great people, *who love figures*.

When you tell them about a new friend, they are never interested in the *essential aspects*. They never ask: “What is the tone of their voice? Which are their favorite games? Collecting butterflies?”

Instead they ask: “*How old is he? How many siblings does he have? How much does he weigh? How much does his father earn? “Only until then they think they know him”*» (chap. IV [1, pp. 22-23]).

Rational and technical logic wants to conceive reality according to its quantifiable aspects: only in this way does it think that it understands (or “possesses” it), whereas true possession, as will be seen below, is relational. In this way, however, it ends up self-limiting the field of knowledge to which it has access, replacing “essential things” that are perceptible and measurable with other parameters and means.

It is also worth noting, how the three questions referred to as an example of this logic (*How old are you? How many siblings do you have? How much do you weigh?*) form part of the patient’s account and contribute to the patient’s medical history. However, this occurs with reference to “factual” characteristics, which rather than asking “who”, say “what is” this person. The fable seems to suggest another strategy here: the physician should above all, endeavor to make the identity of the patient his own (tone of voice: personality, games and butterflies: preferences, values). Numbers do not suffice: “We who understand life do not care about numbers!” (chap IV [1, p. 24]). Technique, dating, the objectifiable/objective do not help: the Little Prince himself laughs at the Aviator’s eagerness concerning the aeroplane, when he says: “You cannot come from afar in that thing” (chap iii [1, p. 19]). For *The Little Prince*, the medicine that counts, even at the epistemological level, is a “Medicine of the Invisible”, able to enter into the context of values and to use them to promote the relationship between two people and consequently, the effectiveness of the therapeutic intervention.

The opposition between personal value and “arithmetic” science emerges well, likewise this is the only moment in which the Little Prince loses his patience:

«The Little Prince was now white with anger. "For thousands of years, flowers have produced thorns. For thousands of years sheep have even eaten flowers. And it is not *a serious thing* to try to understand why flowers are so busy trying to produce thorns, which are useless? Isn't the war between the sheep and the flowers *important*? Is not it *more serious and more important* than the addictions of a fat red lord? And if I know a unique flower in the world, which does not exist anywhere outside my planet, and which a small sheep can destroy at once, one morning, without even realizing what it does, is *this not important!*"» (chap VII [1, p. 37]).

We can affirm that Medicine of the Invisible is not only based on questions (pure, quantitatively important) about life or death, but is focused on values. It seeks to capture "the thing that is important for patients" [20, p. 2477]: «Aside from what the doctor may think about their gravity, few people come to him with ailments that they consider banal. Like the Little Prince's Rose, in his eyes, his problem is important. Full comprehension of this fact is found at the heart of good praxis at the patient's bedside» [21, e755].

But let us take a step back, and return to the desert. The end of the fable allows us to interpret it as an end-of-life context, somehow associated with medicine. The Little Prince has arrived on planet earth a year earlier, near the point where the Aviator has fallen. If the encounter takes place, it is because, once the terrestrial journey is over, it will be time to return to the asteroid.

«"You know, my fall to Earth ... tomorrow will be the anniversary ..."

Then, after a silence, he added: "I fell near here ..."»

And he blushed. Again, without understanding why, I experienced a strange disgust. But a question came to my lips: "So, it is no coincidence that the morning I met you, you were walking totally alone, a thousand miles from any inhabited region! Did you return to the point where you fell?" (chap. XXV [1, pp. 109-110]).

The return was accomplished through a kind of rite of passage, which we interpret as a ritual of death, thanks to the words used by the Author: «I felt that something extraordinary was happening. I held him in my arms like a baby, and it seemed that *he slid vertically into an abyss and I was unable to do anything to detain him...*» (chap. XXVI [1, p. 114]).

The figure of the serpent also appears; a symbol of power, wisdom, temporality, magic and healing, and at the same time of life and death [16, pp. 867-879; 17, pp. 220-222; 18, pp. 403-410; 22, pp. 185-190].

«“He whom I touch, I restore to the land from whence he came. But you are pure and you come from a star ...”»

The Little Prince did not respond.

“I pity you, you so weak, on this Earth of granite. I’ll be able to help you one day if you miss your planet too much. I can...”

“Oh! I have understood very well”, said the Little Prince, “but why do you always talk in enigmas?”

“I solve them all,” said the snake. And they remained silent (chap. XVII [1, p. 83]).

The silence at the end confirms that the dialogue is placed in a mysterious, initiatory context. In this sense, the Little Prince understands the need of the serpent’s bite to return home, through the abandonment or transformation of the physical body.

“I too, today, I shall return home ... “ Then, melancholically: “It is much further away ... it is much more difficult ...” [...]

“It will seem that I feel bad ... it will seem a little as though I die. It is so. Do not come to see, it is not worth it ...” [...]

“I will look dead but it will not be so ... [...] Do you understand? It’s too far. I cannot take my body. It is too heavy [...] But it will remain like an old abandoned shell. Old shells are not sad...” (chap. XXVI [1, pp. 114, 116-118]).

This rite of passage involves feelings of sadness and fear for those who participate in it (chap. XXV [1, p. 110], chap XXVI [1, pp. 114, 118]), a “feeling of the irreparable” (chap XXVI [1, p. 114]).

Not only because of the inevitable interruption of the human bond that this implies - «You risk crying a little if you have allowed yourself to be nurtured ...» (chap XXV [1, p. 110]); «I could not bear the thought of not hearing that laughter any more» (chap XXVI [1, page 114]). The Little Prince fears unnecessarily prolonged suffering. In fact he asks the serpent: «Do you have good poison? Are you sure you will not make me suffer too long?» (chap XXVI [1, p. 111]).

If from here we try to amplify our vision, we can see in the text the description of an accompaniment to death; possibility, this is perfectly coherent in the strong relational vocation that characterizes the entire fable.

Let's go back to the events of the day before the passage, when the Little Prince claims to be thirsty. He and the Aviator together seek a well in the desert; they find it near the precise point where the ritual will take place. They drink together and neither does this constitute a purely physiological act: «A little water can do good, even to the heart ...» (chap XXIV [1, p. 104]). But there is something more: «“That which beautifies the desert”, said the Little Prince, “is that which hides a well somewhere ...” » (chap XXIV [1, page 104]).

The first message we hear is that at the place of death, there is space for beauty, or for that relational dimension which can and must be created during the rite of passage. The rite, as explained by the Fox speaking of taming, or in other words the relationship (the Fox otherwise evoked in this passage), is that which «makes a day different from other days or an hour removed from other hours», chap XXI [1, p. 94]. In other words, it is an action or a human event capable of giving timeless meaning to time lived. During the rite of passage that takes form in the fable, the meaning comes precisely from the human union that intervenes and from its capacity to become a continuous presence: the Prince is thirsting for «this» water, the value that matter assumes in the light of the relationship, of the situation in which it is assimilated the mar-

ch, the pulley, the effort of the arms: «a shared experience» [2, p. 214]. Water that is impregnated with time reciprocally donated by those who are involved. The petition «I am thirsty» does not express a mere organic need, it is not a request for physical health: the Little Prince already knows, unlike the Aviator who only senses that the end of his journey is imminent. His body, which he will soon abandon is not therefore the important thing; the center of his attention. At the end of his life, the Little Prince expresses a thirst for the human relationship, the mediate absorption of the physical water of gestures and collaborations, of relational events that until the end fill this passing. Water is clearly, and eminently a symbol of an experience of values. For Medicine of the Invisible, «what is important» (chap XXVI [1, p. 115]) at the end of life is once again only an invisible reality; not translatable into arithmetical schemes.

“I am thirsty for this water”, said The Little Prince, “give me a drink...” And I understood what he had been seeking! I lifted the bucket to his lips. He drank with his eyes closed. It was as sweet as a feast. *This water was clearly something other than sustenance.* It was born of the march below the stars, the pulley song, the effort of my arms. It was nourishing to the heart, *like a gift.* [...]

“You, men”, said the Little Prince, “grow five thousand roses in the same garden ... but they do not find what they are looking for ...” “They do not find it”, I replied. “And yet what they *seek* could be found in a single rose or in a little water ...” “True”, I replied. And the Little Prince added: “But *their eyes are blind.* It is necessary to search with the heart” (chap. XXIV [1, p. 108]).

The search for the well, and this cannot be a coincidence, coincides precisely with the beginning of the ritual of death: «He began to fall asleep, I took him in my arms and resumed the way forward» (chap XXIV, [1, p. 106]). Accompanying the dying is immediately characterized by taking care of the person, of taking charge and caring for the dying. There are gestures that seem to evoke palliation –«he had untied his gold scarf. He had wet his

temples and I had given him a drink» (chap XXVI [1, p 112]). As the crucial moment approaches, it was reaffirmed three times «I will not leave you» (chap. XXVI [1, pp. 116-117]) and subsequently on three occasions he instigated an attitude of respectful silence in the light of the event– «I was silent» (chap XXVI [1, p 118]). But the Medicine of the Invisible is above all marked, as we have said, by a deep relationality (water is once again called to mind: «What is important is not visible ... it is like water» XXVI [1, p. 115]). And perhaps it is precisely for this reason that the Prince can state: «It is good to have had a friend, even if subsequently he dies» (chap XXIV [1, p. 103]).

3. An Invisible Relational Style

Therefore, Medicine of the Invisible has a relational style, and this style characterizes all the Little Prince’s actions.

He is indeed a Prince who seeks men (chap XXI [1, p. 91]). It is emblematic that while the men of today seek life outside the planet Earth, moving away in space, the Little Prince from space seeks life nearer to Earth, in concrete reality. On this trip, it will be precisely thanks to an encounter –the encounter with the Fox– that he will learn the authentic meaning of the relationship. In fact «only things that are tamed become known» (chap XXI [1, pp. 93-94]). And taming implies «creating bonds» (chap XXI [1, p. 92]).

For the Medicine of the Invisible, this implies a different patient-physician approach. Above all, as a premise we have the choice of spaces and the most auspicious moments (for example the desert, a place of listening), to dedicate oneself to the relationship (see the already mentioned speech of the Fox about the importance of the rite).

Next, the doctor must be “tamed” so that the patient will ultimately recognize his disease in its concrete manifestation and understand which health need requires an effective answer. However,

the patient has in turn a need to be “tamed” for the physician to finally understand the scientific perspective and know how to express his needs within the treatment relationship. The very act of knowing depends on the human relationship: «In order to listen, what is truly crucial is the desire to do so; in order to understand and to understand oneself, what is crucial is the relationship» [27, p. 296]. In other words, the invisible has a fundamental gnostic and epistemological value, thus becoming “clinical data”, which can only be attained within a relationship.

In this process of reciprocal knowledge and taming, «it is necessary to be very patient» (chap XXI [1, p. 94]). This takes time. But, as the Fox reminds him: «It is the time that you lost for your rose that has made your rose so important ... You become forever responsible for what you have tamed. You are responsible for your rose... » (chap XXI [1, p. 98]).

In order to understand this passage, it is necessary to look at chapter VIII, which describes the “taking care of” the Rose for the Little Prince: a pretentious, undisposed, «proud» character (chap IX [1, 47] «very complicated» (chap VIII [1, p. 43]). The Little Prince, instead of being impatient, insists on the relationship: watering it; listening to its presumptions; he protects it from drafts under a glass bell when it laments exaggeratedly; listening to it boast or obstinate in silence. This is what makes the Rose unique among all the roses of the universe. And this shows how one can achieve and realize «personal existence... in all its originality and uniqueness, as a value» [2, p. 222] in and for itself.

Without uniqueness, every individual ends up being a mere abstraction or category [28]. Contrarily, for the Medicine of the Invisible, it does not matter how “complicated” the patient is: he is totally meaningful because he is considered unique. It is in the recognition of this historical singularity that his identity lies, consisting of a unique network of physical characteristics (gender, age, genetic order, constitution, disease) and non-physical (education, socioeconomic level, opinions, beliefs, preferences, feelings). The emana-

tion of uniqueness and the corresponding world of values that this implies can only occur through the dynamic of dialogue. It is no coincidence that *The Little Prince* is a fable mainly composed from dialogue, on a par with the works of Plato: «Dialogue gives rise not only to the truth of theory, but to that which may be more important, the unrationalized truth of intuition» [2, p. 211]. Deep communication, however, is «profoundly historical» [27, p. 55] meaning that narrative is capable of entering the history of the interlocutors. Communication is valuable because it is impregnated with human reality, like water in the desert: «Life, like water, assumes a meaning, becomes real, only as a matter of reciprocal experience, dialogue and encounter. Reality of experience must be achieved in order to appreciate this... » [2, p. 220].

Therefore, «his rose is essentially different from the other roses... because with this particular rose he has developed a relationship... » [29, p. 3]. This relationship, where the truth emerges from a value concretely formed out of reality, and what gives meaning to the Prince's life, to the degree of making him capable of "dying" in order to return to his Rose –revealing all the desire that the relationship itself implies, a desire «strong as death» (Ct 8,6). Which is like saying, on one side, that the time invested in communication with the patient, the time taken for the relationship, refers to full therapeutic time, concerning the extent to which its concretion provides fullness and integrity by existing– it provides "health", and according to the way it guides the personalization of care intervention, makes it effective.

Likewise, it is the patient who gives meaning to the existence of the doctor; transforming his role in the relationship. For example, dialogue with the Aviator is a «promoter of an interpersonal future» [2, p. 212]. The Aviator changes, only when he discovers his vocation for drawing, which has been smothered since childhood: «Through his relationship with the Little Prince, he undergoes a spiritual transformation [...] At the beginning of the story he tells us that as a child he wanted to be an artist, but because his parents

never understood his drawings and discouraged his passion, he had become involved with aeroplanes. [...] As the result of his relationship with the Little Prince, the narrator begins to draw again. [...] Likewise, as the narrator begins to love (to care for) the Little Prince more and more, his values change. He takes less and less interest in his own aeroplane and his concrete preoccupations with life and progressively assumes the Little Prince's point of view» [29, p. 3].

Therefore, in the fable, the principal characters follow a path that leads them to become a person, which is the main objective of being human. It is not surprising however, that the acquisition of self is achieved through the other. As the Prince himself explains: «Going straight forward one cannot go very far» (chap III [1, page 20]), or it is necessary to relate and dialogue with another to become a person [2, p. 219]. In other words: «To exist means to connect with others, to exceed individual limits»; consequently, the relationship is «constitutive of human existence, because I would not be possible without a relationship with another being» [32, p. 169]. The act of «creating bonds» (chap. XXI [1, p. 92]) thus corresponds to the act of creating oneself: and because this is a free, conscious and intentional decision, it has to do with ethics. Moreover, it is a «serious thing» because it is a matter of “experience”: «without direct personal experiences, there can be no full understanding of reality, because the other can be achieved only through face-to-face experience» [2 p. 221]. In fact, the Little Prince understands who he is as a result of the encounters he has, through that which has value for him, or through the awareness that his responsibility in the relationship is part of his authentic being and becomes his personality [2 p. 213]. In short, the role, being in the relationship, is also deeply rooted in ethics.

In conclusion, in the Medicine of the Invisible this union «derives from having a need of someone, by whom one has been “tamed” or *from being* responsible for someone, whom one has “*tamed*”» [5, p. 96]. The patient needs the doctor, as much as the doc-

tor the patient. The doctor, in the act of attending, becomes responsible for the patient –he is ethically called “to respond to him” (even when he makes absurd requests, such as asking for a screen against draughts...)– and in this he finds the meaning of his own time. However, from this perspective, it should not be forgotten that the patient will have an equivalent relational responsibility towards the doctor who “tames”, in the sense that he contributes to the way he exists. For the Medicine of the Invisible, the ethical imperative of dialogue lies in the fact that the person is revealed and formed; consequently, a reciprocal responsibility exists concerning all dialogue in the making of the other.

4. The Invisible for the Ethics of the Organization

In terms of responsibility, a certain point in the fable also applies to those concerned with health organization and policies. In the course of the journey, the Little Prince discovers a monarch who only gives reasonable orders:

“If I order a general to fly from one flower to another like a butterfly, or to write a tragedy, or to transform himself into a sea bird; and if the general does not fulfill the order he received, who would have been wrong, he or I?”

“You would have been wrong”, the Little Prince said firmly.

“Exactly. *It is necessary to demand from each person, what that person is able to give*”, continued the king. “Authority rests, above all, on reason. If you order your people to throw themselves into the sea, this will cause a revolution. I have the right to demand obedience because *my orders are reasonable*” (chap. X [1, p. 51]).

From the perspective of Medicine of the Invisible, those who have the responsibility to govern must ensure that they pursue «reasonable» objectives, or that they place medical professionals in a position to achieve these with the resources available (economic, human, etc.) without giving up the moral responsibility to govern.

Consider, for example, how the aims of the budget are defined so that, apart from providing for a high degree of staff involvement [34; 35], –to fulfill the commitment to achieve these objectives, and to implement diffuse responsibilities– these should be compatible a priori with the organization where these objectives are applied; otherwise, the person who defines these in a “disproportionate” way should take responsibility for any failure to fulfill them. At the moment when such a circumstance is created, one solution would be to take action to find new resources. The other would be to remodel the aim in a concerted way, including professionals and others interested in the organization, avoiding that this process should result in inducing a “play down” (adapting to the *status quo* or setting objectives that contradict the *mission*).

Finally, as mentioned in a relational perspective –if it is true that, paraphrasing a known maxim, the relationship is a way to be part of the organization [36]– the responsibility of the leader should be shared, as much to attribute the most appropriate priority to the objectives, as to build a system that has meaning for all.

5. Prevention/precaution: Invisible prediction

The Medicine of the Invisible also deals with dangers that are still “unseen”: the theme of the baobab and volcanoes enables us to talk about prevention and precaution.

“Is it true that sheep eat shrubs?”

“Yes, it’s true”.

“¡Oh! I’m happy”.

I did not understand why it was so important that the sheep should eat the shrubs. But the Little Prince continued: “Do they also eat the baobab?”

I pointed out to the Little Prince that baobabs are not shrubs, but large trees like churches [...]

But he wisely remarked: "Baobabs before becoming large start off small" [...].

In fact, on the Planet of the Little Prince, as on all planets, there are good plants and bad plants. Consequently: good seeds from good plants and bad seeds from bad plants. *But the seeds are invisible.* [...] If it is a *bad* plant, it is necessary to *pull it out immediately, as soon as it has been identified.* There were terrible seeds on the Planet of the Little Prince: they were the seeds from the baobab. The ground was infested. Now, with a baobab, if you arrive too late, you cannot get rid of it. It invades the whole planet. Its roots go through. And if the planet is too small and the baobabs too numerous, *they make it explode.*

"It is a *matter of discipline* [...] it is necessary to carefully clean the planet. It is imperative to *regularly* force oneself to pull out baobab which *are barely distinguishable* [...] It is a *very boring, but easy* job. [...] Sometimes there is no problem to postpone your own work. But in the case of baobab *it is always a catastrophe.* I knew a planet inhabited by a lazy man. He had neglected the shrubs..." (Chap. V [1, pp. 27-30]).

It is worth emphasizing the intentional "morality" that Saint-Exupéry himself associates with this risk: «I do not like to take the tone of the moralist. But the danger of the baobab is so little known, and the *risks* that would befall anyone who was lost in an asteroid are so serious, that I have made a unique exception» (chap V [1, p. 30]). Volcanoes also claim the theme of prevention:

He carefully cleaned the chimney of his active volcanoes. He had two active volcanoes. [...] And he also possessed an extinct volcano. But, as he said, "*you never know*" so he cleaned the chimney of the extinct volcano as well.

If the chimneys are very clean, they burn *little by little, regularly, without eruptions* [...]. Evidently, in our land, we are too small to be able to clean the chimneys of our volcanoes, which is why they cause us so many problems (chap. IX [1, p. 46]).

“I have three volcanoes, for which I clean the chimneys every week. Why do I also clean the chimney of the extinct one? *You never know*. It is *useful* for my volcanoes and is useful for my flower *that I possess them*”. (chap XIII [1, p. 65]).

Therefore, Medicine of the Invisible is also an activity directed at survival (and in this he recalls precisely the concept of bioethics as “Potter’s survival science” [37]). Extirpating the baobab shrub, or keeping the chimney of a volcano clean, implies preventing «a catastrophe» (chap V [1, p. 30]), meaning that the planet can be destroyed by negligence (laziness, lack of discipline). This is a “very boring” job (chap V [1, p. 30]), because it has to be continually repeated and the results are not immediately apparent; likewise, it may even appear to be pointless (especially if the volcano is inactive). But «one never knows» (chap IX [1, p. 46]): the fundamental value of life, which is at stake, justifies preventive or precautionary action. And it makes this action seem «easy» (chap V [1, p. 30]) if it is performed regularly, constantly, in a programmed way. The Medicine of the Invisible “perceives” the danger and the damage, even when they are still imperceptible (prevention: the seed underground) or unimaginable (precaution: the dormant volcano). It conceives a non-obvious evil (a seed in the earth) before it can easily spread.

There is a further ethical reflection to add, which refers to utility. The volcanoes and the flower derive benefit from belonging to the Little Prince. Utility, in this case, is simply given to us to maximize profit, in the utilitarian sense, but is a matter linked to responsibility. The Little Prince takes «responsibility» for his Rose (chapters XXI, XXV, XXVI), as well as for his planet, a vital space “possessed” as recognized under his own guidance. It is therefore also a prevention/precaution to be interpreted in a relational and value sense.

6. Conclusion

From a bioethical perspective, the fable of *The Little Prince* offers us the basis for a Medicine of the Invisible.

This medicine has a value logic, which includes technological and organic aspects, but it goes beyond these. This logic is the foundation of all existential action from both the ethical and effectiveness points of view.

This implies a relational style, centered on the patient’s uniqueness, around which time is expressed. In this way, the invisible emerges –or possibly what is important to the patient– and becomes “clinical data”, at an epistemological and gnostic level, to establish all types of support.

For this to happen, the doctor needs to be tamed by the sick person and the sick person needs to be tamed by the doctor. Each has a need for the other, and each becomes responsible for the other, and in such a relationship, meaning for their respective roles is created and common time is lived. The ethics of dialogue depend on the ability of the dialogue itself to “form” the person who is engaged in it.

Responsibility, moreover, is always shared and reasonable, even concerning the governance of the organization. It is also projected into the future, towards life threats that are yet unseen. In a relational perspective, “owning” a part of the world implies an ethical imperative to act to protect the life that this represents. Life, without which there is no real relationship, and therefore meaning an essential element that always runs the risk of escaping perception. It is for this reason that the Medicine of the Invisible demands Bioethics to remember that «what is important is the unseen».

Bibliography

¹ Saint-Exupéry A. *Il Piccolo Principe*. Milano: Bompiani; 1986.

²² Hetzler FM. *The person and The Little Prince of St. Exupéry*. Proceedings of the American Catholic Philosophical Association 1986; 60: 211-226.

³ Romeo E (editor). *Il Piccolo Principe commentato con la Bibbia*. Milano: Ancora; 2015.

- ⁴ Saint-Exupéry A. *The Little Prince*. New York: Reynal & Hitchcock; 1943.
- ⁵ Fay EG. *The philosophy of Saint Exupéry*. *The Modern Language Journal* 1947; 31 (2): 90-97.
- ⁶ Annas GJ. *Personalized medicine or public health? Bioethics, human rights, and choice*. *Rev Port Saúde Pública* 2014; 32 (2): 158-163.
- ⁷ Cowles J. *Lessons from "The Little Prince": therapeutic relationships with children*. *Professional School Counseling* 1997; 1(1): 57-60.
- ⁸ DiAmbrosio PE. *Patient and analyst in crises: a mutual transformation reflected in a clinical narrative and St. Exupéry's "The Little Prince"*. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology* 2014; 9 (2): 131-143.
- ⁹ Ablon SL. *Child analysis and The Little Prince*. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1989; 44: 297-305.
- ¹⁰ Shuster E. *My clone, myself, my daughter, my sister: echoes of Le Petit Prince*. *Proceeding of the International Symposium Amade-Unesco on Bioethics and the Rights of the Child (Monaco, April 28-30 2000)*.
- ¹¹ Giurgea CE. *Psychopharmacology tomorrow: 1984 or The Little Prince?* *Psychological Medicine* 1984; 14 (3): 491-496.
- ¹² Ter Avesta I, McDougall R. *The Little Prince an introduction to spirituality: a moving experience in religious education for primary school children in a secularized world*. *Journal of Beliefs & Values: Studies in Religion & Education*. 2014; 35 (2): 214-217.
- ¹³ Strnad J. *The planet of the Little Prince*. *Physics Education* 1988; 23: 224-225.
- ¹⁴ Bazhenova NG, Kuragina AA, Rusinova NV. *The Bible as the basis of images and the parables of "The Little Prince" by Antoine de Saint-Exupéry*. *Mediterranean Journal of Social Sciences* 2015; 6 (3-S7): 435-41.
- ¹⁵ *Nuovissima versione della Bibbia dai testi originali*. Milano; San Paolo: 1996.
- ¹⁶ Chevalier J, Gheerbrant A. *Dictionnaire des symboles*. Paris: Robert Laffont/Jupiter; 1982.
- ¹⁷ Piazzoni A (editor). *Simboli*. Casale Monferrato: Piemme; 1995.
- ¹⁸ Cocagnac M. *I simboli biblici. Lessico teologico e spirituale*. Bologna: EDB; 1993.
- ¹⁹ Ten Have H. *Ethical perspectives on health technology assessment*. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2004; 20 (1): 71-76.
- ²⁰ Porter ME. *What is value in health care?* *New England Journal of Medicine* 2010; 363 (26): 2477-2481.
- ²¹ Sokol DK. *Matters of life and death and quality of life*. *British Medical Journal* 2012; 344: e775.
- ²² Ferber M. *A dictionary of literary symbols*. New York: Cambridge University Press; 1999.
- ²³ Saint-Exupéry A. *Le Petit Prince*. Paris: Éditions Gallimard; 1987.
- ²⁴ *Le Bible de Jérusalem*. Paris: Les Éditions du Cerf; 1973.
- ²⁵ *Le Grand Robert de la langue française, version 2.0*. Paris: Le Robert-Sejer/Bureau Van Dijk; 2005.
- ²⁶ Littré É. *Dictionnaire de la langue Française*. Paris: Hachette; 1873-75.
- ²⁷ Calamo Specchia F. *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore; 2011.

- ²⁸ Cohn F. *Existential medicine: Martin Buber and physician-patient relationship*. Journal of Continuing Education in the Health Professions 2001; 21(3): 170-181.
- ²⁹ Matthews GB. *The Little Prince*. The Journal of Philosophy for Children 2002; 16(1): 3.
- ³⁰ Ernout A, Meillet A. *Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots*. Paris: Klincksieck; 2001.
- ³¹ de Vaan M. *Etymological dictionary of Latin and the other Italic languages*. Leiden: Brill; 2008.
- ³² Ten Have H, Gordijn B. *The significance of relatedness in healthcare*. Medicine Health Care and Philosophy 2014; 17 (2): 169-170.
- ³³ Hubin DC. *The groundless normativity of instrumental rationality*. The Journal of Philosophy 2001; 98 (9): 445-468.
- ³⁴ Spandonaro F. *Budgeting nelle unità assistenziali ospedaliere*. In: Spinsanti S (editor). *Management per la nuova sanità*. Napoli: Edises; 1997: 114-133.
- ³⁵ Campana A, Guerrieri A. *Programmazione sanitaria a livello di azienda: gli strumenti della pianificazione strategica e del controllo di gestione*. In: Damiani G, Ricciardi W (editors). *Manuale di programmazione sanitaria*. Napoli: Idelson-Gnocchi; 2011: 278-315.
- ³⁶ Drucker PF. *Managerial Communications*. In: Drucker PF. *Management: tasks, responsibilities, practices*. New York: Truman Talley Books/EP Dutton; 1986: 330-338.
- ³⁷ Potter VR. *Bioethics, the science of survival*. Perspectives in Biology and Medicine 1970; 14 (1): 127-153.
- ³⁸ Bodansky D. *The precautionary principle in us environmental law*. In: O'Riordan T, Cameron J (editors). *Interpreting the precautionary principle*. London: Routledge; 2013: 203-228.
- ³⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). *Il principio di precauzione: profili bioetici, filosofici, giuridici (18 giugno 2004)*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2004.
- ⁴⁰ Cappelletto G. *Genesi (Capitoli 1-11)*. Padova: Edizioni Messaggero; 2005.

Objeción de conciencia y relativismo moral

*George L. Mendz**

Resumen

En esta obra se revisan brevemente los cambios en la noción de la conciencia y se analiza la posibilidad de aceptación de las objeciones de conciencia en el contexto de estas nuevas percepciones del papel de la conciencia y del relativismo individual o cultural sustentado por el individualismo expresivo contemporáneo. Las críticas y conclusiones de Husserl sobre el escepticismo se utilizaron como modelos para abordar estas perspectivas. Las inconsistencias lógicas identificadas en ambas teorías relativistas expusieron problemas fundamentales en su formulación y aplicación. Se concluyó que, en una sociedad basada en el relativismo moral, sería posible refutar las razones de los individuos para objetar en conciencia, invalidando los esfuerzos para salvaguardar su conciencia. Las revisiones del concepto de conciencia a menudo invocan el respeto de la autonomía personal como salvaguarda de la autodeterminación de las personas. Al examinarse un concepto prevaleciente de autonomía se encontró que estaba cargado de imprecisiones y limitaciones pero, sin embargo, se empleaba para cuestionar la validez de las objeciones de conciencia. Dado que la posibilidad de incluir múltiples y diversas perspectivas es una característica propuesta por los relativistas

School of Medicine, The University of Notre Dame, Sydney, Australia.
Domicilio postal: George L. Mendz, The University of Notre Dame, 160 Oxford St, Darlinghurst, NSW 2010, Sydney, Australia. Correo electrónico: George.Menz@nd.edu.au
La traducción no fue revisada por el autor.

contemporáneos en apoyo a su opinión, el estudio también aborda la interrogante sobre qué tan verdadero es en realidad el relativismo contemporáneo. El resultado de estos análisis proporcionó perspectivas adicionales sobre los problemas que enfrentan los rechazos por conciencia en un contexto social relativista.

Palabras clave: conciencia, objeción de la conciencia, relativismo moral.

1. Introducción

En esta obra, la “objeción motivada por la conciencia”, “la objeción de conciencia” o el “rechazo de conciencia” se refiere a la violación de la ley, reglamentación, práctica aceptada, etc., motivada por una creencia del disidente de que moralmente está prohibido seguir la ley porque es inadecuada o equivocada, total o parcialmente [1]; existe el consenso de que la objeción o rechazo debe declararse públicamente.

Las evaluaciones éticas de la objeción de conciencia en general y de declaraciones de rechazar el cumplimiento con prescripciones específicas deben hacerse con referencia a los principios básicos de una filosofía moral. El relativismo es una postura filosófica expandida que propone validez igual para todas las perspectivas éticas [2]. Por ende, surge el cuestionamiento sobre el lugar de la objeción de conciencia en la cultura relativista contemporánea. Una respuesta inicial sería que los preceptos del relativismo son inherentemente tolerantes con los rechazos de conciencia y compatibles con estos. Sin embargo, un análisis más detallado del relativismo muestra que su no aceptación de principios morales universales afecta la forma en que entiende la conciencia. En otras teorías éticas se ha considerado a la conciencia un estándar autoritario, aunque en diversas formas específicas, mientras que en el relativismo con frecuencia se considera que se trata “una respuesta no re-

flexionada a los valores socialmente inculcados de la cultura de un individuo” [3, p. 280]. ¿Podría esta perspectiva propiciar una paradójica “dictadura del relativismo” en el contexto del rechazo de conciencia?

1.1 Nuevas definiciones de conciencia

Durante las dos últimas décadas ha habido un interés renovado en aclarar las obligaciones de las personas que trabajan en diferentes entornos laborales y, en particular, el de la atención médica. Comúnmente, en muchos países occidentales este interés ha surgido en un contexto de relativismo ético que ha dado como resultado varios intentos de redefinir el significado de conciencia y su papel en las acciones de las personas. Muchas organizaciones profesionales y personas dedicadas a la atención médica rechazan algunos de estos significados, por lo que han respondido invocando objeciones de conciencia ante leyes y reglamentaciones basados en estos.

Los cinco ejemplos siguientes ilustran redefiniciones implícitas o explícitas de la conciencia y su papel.

1. La Suprema Corte de Estados Unidos, en el caso de 1992 denominado *Planned Parenthood vs. Casey* (*Paternidad planeada vs. Casey*) estableció:

«Hombres y mujeres de buena conciencia pueden disentir, y suponemos que algunos siempre disentirán, sobre las profundas implicaciones morales y espirituales de interrumpir un embarazo, aún en su etapa incipiente. Algunos de nosotros, en lo personal, consideramos que el aborto es ofensivo para nuestros principios morales más básicos, *pero no tenemos control sobre nuestra decisión*. Nuestra obligación es definir la libertad de todos, no imponer nuestro propio código moral».

«En el corazón de la libertad *se encuentra el derecho a definir el propio concepto de existencia*, de significado del universo y del misterio de la vida humana» [*énfasis añadido*] [4].

La definición de “concepto propio de existencia” permite la noción de conciencia que cada uno elige de acuerdo con el código moral personal. Asimismo, la Corte establece que la conciencia de un individuo particular no puede determinar su decisión de actuar y esto significa imponer su propio código moral sobre otras. Una interpretación directa sería que, en los casos cuando el código moral del profesional de la salud difiere del código moral del paciente, las convicciones éticas del profesional de la salud no deben estar por encima de los derechos de los pacientes.

2. R. Alta Charo, Profesora de Derecho y Bioética en la Universidad de Wisconsin, en Madison, en 2005 en *The New England Journal of Medicine*:

«Aceptar una obligación colectiva no significa que todos los miembros de la profesión *estén obligados a ir contra su propia conciencia*. Sin embargo, es necesario garantizar que se cuente con un sistema auténtico para orientar y remitir a los pacientes, de tal modo que cada paciente pueda actuar de conformidad con su propia conciencia con la misma facilidad que lo puede hacer el profesional».

«La conciencia es un asunto artificioso. Algunos interpretan su modelo personal como la guía para la verdad universal. Sin embargo, *la suposición de que la propia conciencia de una persona es la conciencia del mundo resulta sumamente peligrosa*» [énfasis agregado] [5, p. 2473].

La profesora Charo expresa la idea de que cada persona define su propio concepto de conciencia pero los actos de los profesionales de salud requieren que se tome en cuenta la conciencia de sus pacientes. Al considerar ambas posturas se pueden esperar posibles conflictos entre la conciencia del profesional de la salud y la del paciente para lo cual no se tienen ofrecen soluciones. Al parecer, la profesora Charo combina dos perspectivas: la conciencia individual como guía final para los actos de una persona y la percepción de las personas de que lo aconsejable es igual para cualquier individuo. Hasta hace poco tiempo, la aceptación de los preceptos de conciencia había sido un principio fundamental en las teorías morales y códigos legales y no implica la idea de que todas las perso-

nas poseen las mismas ideas morales. El reconocimiento universal de este precepto tiene que ver con el significado y la función de la conciencia, no con su contenido específico.

3. En 2006, Julian Savulescu, Director del Centro Uehiro de Ética Aplicada en la Universidad de Oxford, señaló que:

«El argumento para permitir la objeción de conciencia es que no hacerlo afecta al doctor y limita su libertad». Sin embargo, concluye que «Cuando el deber es un verdadero deber, *la objeción de conciencia es errónea e inmoral*. Cuando hay un deber muy serio, debe ser ilegal. *La conciencia de un doctor tiene poca cabida en la impartición moderna de atención médica*» [énfasis agregado] [6, p. 295].

De manera muy explícita, el profesor Savulescu declara que la conciencia de un doctor no debe intervenir en una decisión de atención médica, de lo cual infiere que la objeción de la conciencia puede ser un error desde el punto de vista moral, por lo menos en algunos casos. Esta opinión implica una oposición más radical a la objeción de conciencia, ya que hay una diferencia significativa entre no reconocer el papel de la conciencia de un médico y afirmar que actuar conforme a esta puede ser un error desde el punto de vista moral.

4. En 2007, el Comité de Ética del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (Ethics Committee of the American College of Obstetrics and Gynecology, ACOG) publicó un criterio bajo el título de *The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine* (*Los límites del rechazo de conciencia en la medicina reproductiva*) en el cual ofrecía una definición de conciencia que reafirmó en 2013:

«Se ha definido como *conciencia* a la parte privada, constante y armonizada éticamente del carácter humano. Esta opera como un medio de sanción interna que entra en función mediante la reflexión crítica de cierta acción o falta de acción» (ACOG 2007). Asimismo, la opinión define los límites del rechazo de conciencia argumentando que: «Aunque el respeto de conciencia es un valor, *sólo se trata de un valor de primera vista*, lo que significa que puede y

debe pasarse por alto a favor de otras obligaciones morales de mayor peso en determinada circunstancia» [*énfasis agregado*] [7].

En este contexto, el Colegio Médico adoptó definiciones que no son médicas ni científicas e intentó resolver un asunto ético empleando un lenguaje y conceptos de teorías éticas particulares, principalmente, la teoría de obligaciones de primera vista (Prima Facie Duties) de W. D. Ross [8] y el principialismo de Beauchamp y Childress [9, p. 12]. El colegio no proporcionó una explicación razonada de la adopción de este enfoque.

5. El Parlamento del Estado de Victoria (Australia) aprobó la *Enmienda de 2008 a la Ley sobre Aborto (Abortion Law Reform Act 2008)*, que, en la cláusula 8 de la Parte 2 señala:

«Si una mujer solicita a un profesional de salud registrado su opinión sobre un aborto propuesto, o que realice, dirija, autorice o supervise un aborto en esa mujer, y el profesional tiene una objeción de conciencia en cuanto al aborto, este debe:

(a) informar a la mujer que presenta objeción de conciencia ante ese aborto.

(b) *Remitir a la mujer a otro profesional de salud registrado con la misma especialidad que, a saber del profesional, no presente objeción de conciencia a ese aborto*» [*énfasis agregado*] [10].

Esta Ley de 2008 del Estado de Victoria (Australia) tiene como propósito resolver posibles conflictos entre profesionales de la salud y pacientes pasando por alto la posibilidad de que el acto de remitir a otro profesional con distinta opinión ética también puede ser asunto de conciencia. En términos amplios, la Ley se ha atribuido la tarea de definir lo que es un asunto de conciencia y, en términos prácticos, ha despojado al médico del derecho de objetar en conciencia.

Estos ejemplos suscitan dudas sobre lo que es la conciencia y su función en los actos de las personas. En ellos se pone en duda o desafía el derecho sagrado de las personas a actuar de acuerdo con su conciencia, ya sea negando o acotando el derecho de las personas a la objeción de conciencia. Un análisis del contexto cultural en

el que se dan estos cambios ayudaría a entender algunas de las razones por las que se está revisando el significado y valor de la conciencia y su papel, así como los problemas que estos cambios implican para las objeciones motivadas por la conciencia.

1.2 Leyes, reglamentaciones y obligaciones

Se ha dado como supuesto que en una sociedad suficientemente justa y libre los ciudadanos tienen, en general, la obligación moral de acatar leyes, reglamentaciones aceptadas y prácticas profesionales establecidas. Esta idea se puede utilizar como un argumento contundente contra la posibilidad teórica de un rechazo de conciencia. Sin embargo, en principio no existe ninguna incompatibilidad entre ellos, ya que hay sistemas legales que consideran la objeción de conciencia como un fundamento legítimo para evitar ciertas acciones, por ejemplo, participación militar directa en una guerra. Además, de conformidad con el derecho internacional, su legitimidad se ha manifestado explícitamente en muchas ocasiones. Por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, que entró en vigor en 1976, en su artículo 18 declara “el derecho de libertad de pensamiento, conciencia y religión” de los individuos. En 1993, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (no. 22, párrafo 11) aclaró que se aplica a la objeción de conciencia. En 2006 este Comité señaló el derecho específico a la objeción de conciencia de conformidad con el artículo 18. Muchos países, entre ellos Finlandia, Alemania, el Reino Unido y Estados Unidos, reconocieron el derecho a la objeción de conciencia para el servicio de combate militar. Estos ejemplos se refieren a objeciones a participar en la guerra, pero establecen claramente que el sistema legal internacional y los sistemas jurídicos de muchas sociedades plurales en las que impera el Estado de derecho aceptan el principio de rechazo de conciencia.

En lo que se refiere a normas aceptadas y prácticas profesionales establecidas, hay muchos casos en los que se ha demostrado que son poco éticas, abusivas o inapropiadas, etc., y las aportaciones a objeciones de conciencia de muchos ciudadanos han ayudado a cambiarlas; tres ejemplos de estos casos son la esclavitud, el papel de la mujer en la sociedad y el trato a pacientes con trastornos mentales.

Existen razones ordinarias para apegarse a la ley y a las prácticas aceptadas, y fuertes razones morales para dar seguimiento a casos particulares de ambos. Sin embargo, dado que la legalidad o aceptación general de una acción no necesariamente determina su estatus moral, una obligación moral general a seguir no necesariamente es aplicable a cada caso. Las responsabilidades morales de los ciudadanos van mucho más allá de cualquier obligación para acatar leyes y reglamentaciones; bajo ciertas circunstancias las personas se ven obligadas a soportar reglamentaciones o prácticas injustas y puede existir el deber de desacato de una ley [11, p. 466].

Existen diferentes opiniones sobre el derecho a la objeción de conciencia. Por ejemplo, un argumento basado en la importancia de proteger la esfera de autonomía y libertad de un agente, propone que hay derechos de conducta que restringen la interferencia de otros y concluye que el derecho a asumir cierta conducta implica que no se justifica la interferencia con esa conducta, aun cuando esa conducta misma no se justifique [12].

Otra perspectiva sugiere que existe el derecho limitado de objeción de conciencia si se cumplen dos condiciones: (i) responde a un caso de injusticia clara e importante y (ii) se trata de un último recurso [1]. Ya sea que se acepte o no que hay derecho a la objeción de conciencia, la mayoría de los filósofos de la moral coinciden en que no puede haber derecho a ejercer una acción moralmente incorrecta, ya que, desde el punto de vista moral, se espera que las personas no ejerzan acciones incorrectas [13].

1.3 Relaciones de conciencia con el contexto cultural

En la expresión “objeción de conciencia” el significado de “objeción” es estándar en inglés, pero “conciencia” se ha definido en diferentes maneras, hasta opuestas. Una definición clásica de “conciencia” sostiene que es la facultad de juicio moral destinado a distinguir entre lo correcto e incorrecto; de aquí se infiere que la conciencia debe juzgar de acuerdo con una o varias normas que la trascienden [14]. En contraste, hay una definición contemporánea de “conciencia” que no reconoce nada como definitivo y toma el sí mismo y sus deseos como la norma última de conducta [15]. Hay variaciones en este último enfoque pero, en esencia, se basa en una perspectiva relativista de los seres humanos y la sociedad.

El término “relativismo moral” se aplica a una gama de perspectivas éticas que admiten una variedad de opiniones en torno a asuntos éticos pero cuyo elemento común es que ninguno de estos conjuntos de opinión parece apearse más a la verdad que el otro [16]. En esta obra, por “relativismo” se entiende la perspectiva intelectual que niega la existencia de los principios que constituyen la base de un orden moral natural objetivo [17], por lo que se relaciona estrechamente con la forma de escepticismo que propone la arbitrariedad o subjetividad de los valores morales [18]. Los ejemplos de las secciones anteriores ilustran algunas de las dificultades que las objeciones de conciencia pueden encontrar en el relativismo moral y demuestran que las ideas filosóficas pueden tener un efecto profundo sobre las políticas públicas y la vida social.

Un análisis de la justificación de una objeción de conciencia específica consideraría (i) la o las acciones a que se refiere y sus consecuencias, así como (ii) la motivación para la objeción [1]. Cabe mencionar que dicho análisis dependería de un concepto de conciencia derivado de las opiniones sobre lo que compone a los seres humanos, la capacidad humana de aprender, etc., factores basados en perspectivas particulares acerca de la antropología y filosofía de la moral. Por lo tanto, un debate general sobre la objeción de con-

ciencia requiere la expresión de los principios con los que se evalúa, de tal modo que estos conceptos centrales también puedan someterse a un examen crítico y una evaluación racional [19].

La principal propuesta abordada en este estudio es que las objeciones motivadas por la conciencia podrían diferir de los conceptos culturales con base en el relativismo. Como consecuencia, en tal entorno social, la aceptación o negación de del rechazo de conciencia se basaría en decisiones arbitrarias con mejor o peor justificación o racionalización. Por consiguiente, en dichos contextos, no se pueden utilizar las objeciones de conciencia para proteger la conciencia de las personas.

Esto es diferente a afirmar que el relativismo es el único antecedente problemático de las cuestiones actuales relacionadas con las objeciones de conciencia. Muchas perspectivas culturales y legales no relativistas de la actualidad cuestionan el derecho a la objeción de conciencia. Un ejemplo en el área de la salud sería la idea de conciencia que la somete a reglamentaciones establecidas por organismos profesionales y que no reconoce su soberanía. Otros ejemplos privilegian la autonomía personal de los pacientes sobre la de los trabajadores de la salud o una perspectiva de conciencia que la confunde con preceptos religiosos [20, p. 157].

Para investigar la relación entre las objeciones de conciencia y el relativismo moral se efectuó un breve análisis del relativismo individual y cultural, y de las críticas de Husserl a ambos. Estas evaluaciones sirvieron para debatir sobre los problemas que el rechazo de conciencia puede enfrentar en un contexto cultural de moral relativista.

En el estudio se examinaron también algunas opiniones relativistas contemporáneas y se concluyó que, contrario a sus propias afirmaciones, no son más que otras teorías morales basadas en principios que, con frecuencia no se esgrimen explícitamente. Como ejemplo específico, se ha dado un debate sobre un concepto de autonomía personal sostenido por una filosofía de la moral contemporánea que manifiesta ser relativa a su cultura y, al mismo

tiempo, se utiliza para excluir la posibilidad de objeción de conciencia. El análisis demuestra que su concepto de autonomía personal no admite objeciones motivadas por la conciencia y que dicha teoría no es congruente con el relativismo moral.

2. Relativismo individual y conciencia

Una formulación radical del relativismo moral sostiene que no hay normas que determinen lo correcto e incorrecto. Es el individuo quien elige las reglas que en determinado momento guiarán sus acciones. Existen algunos límites prácticos a estas acciones, conforme al grado en el que afectan a otros individuos [21].

En oposición a la aseveración de que cada ser humano posee una profunda e igual dignidad inherente simplemente en virtud de su naturaleza de ser racional, un escéptico de la moral podría argumentar que, en su opinión, nada en el universo tiene un valor intrínseco. De hecho, para un relativista individual, la mera formulación sería oximorónica, ya que decir que algo tiene “valor” no significa que se exprese un hecho, sino una preferencia subjetiva [2]. Al analizar los fundamentos de esta opinión, Seifert [22] encontró varias posibles raíces de un escepticismo que abarca un periodo de 250 años y un amplio espectro de ideas que van desde la profunda duda expuesta por el racionalismo acerca de la capacidad del hombre de conocer la realidad y la verdad objetiva, hasta la filosofía empirista y positivista que reduce todo el conocimiento humano a percibir las impresiones con los sentidos y las ideas derivadas inmediatamente de ellos. Una conclusión expone que el escepticismo y el relativismo moral individual tienen preceptos comunes: la negación de cualquier principio absoluto sobre el conocimiento humano y el orden moral, respectivamente [23].

Los argumentos lógicos que Husserl esgrime para criticar los fundamentos teóricos del escepticismo sirvieron como modelo para el análisis del relativismo moral individual [24, p. 306]. Se jus-

tífica utilizar estas investigaciones epistemológicas como marco conceptual, dado el tipo de escepticismo moral que suscita dudas acerca de las creencias morales comunes [25]. Además de revelar una falla lógica fundamental al emplear y principio absoluto más o menos disimulado para negar la posibilidad del conocimiento objetivo, Husserl demostró que el escepticismo se contradice a sí mismo. En su obra *Prolegomena to Pure Logic*, aborda el relativismo individual. Sus argumentos se refieren directamente al relativismo *cognitivo*, el cual se refiere a las creencias teóricas y la verdad, diferente del relativismo *moral*, que trata las creencias y éticas y principios de conducta, pero en ambos casos el relativismo individual sostiene que la verdad está determinada por la creencia u opinión personal [26, p. 27].

Husserl declara: «Con el fin de criticar el sicologismo hemos de [...] tratar el concepto de *subjetivismo* o *relativismo*, que también forma parte de la teoría [escéptica] anteriormente mencionada. Una de sus formas originales se capta en la fórmula protagoreana: “el hombre es la medida de todas las cosas”», siempre que su interpretación signifique que «el individuo es la medida de toda la verdad. Para cada hombre, lo que es verdad es aquello que *a él* le parece verdad, una cosa para un hombre y lo opuesto para otro, si es así como él lo considera. Por lo tanto, podemos optar por la fórmula “Toda la verdad (y conocimiento) es relativa” –relativa para el sujeto que juzga contingentemente– [27, p. 77].

Su crítica al relativismo individual es: «[El individuo relativista] naturalmente responderá: Mi teoría expresa mi punto de vista, lo que para mí es verdad, y no necesita serlo para nadie más. Él tratará los hechos subjetivos de su pensamiento como verdad para sí mismo y no cómo verdad en sí mismos [...] El contenido de tales aseveraciones rechaza lo que es parte del sentido o contenido de toda aseveración y lo que, por consiguiente, no puede tener una separación significativa de cualquier aseveración» [27, p. 78].

Si la verdad es relativa para los individuos, es decir, si el relativismo individual es verdad, entonces es verdad cualquier cosa que al-

guien crea que es verdad. Esto incluye a las personas que creen que el relativismo es falso. Entonces el relativismo individual es verdadero (relativo para los defensores) y falso (relativo para los críticos), y por lo tanto, se contradice a sí mismo. Asimismo, Husserl afirmó: «El empirismo extremo es una teoría del conocimiento tan absurda como el escepticismo extremo, ya que destruye la posibilidad de una justificación racional de conocimiento intermedio, acabando así con su propia posibilidad como teoría demostrada científicamente» [27, p. 59]. Él extiende esta crítica de sicologismo lógico al sicologismo moral. Este último tiene consecuencias antiéticas, dado que cuestiona la validez universal de las normas morales e imposibilita la cognición y argumentación éticas. El sicologismo de la moral no puede producir nociones adecuadas del bien moral y la validez moral, menoscabando así la posibilidad de cualquier exigencia incondicional y de cualquier noción adecuada de obligación [28, p. 166].

¿Qué es la conciencia en el relativismo individual? Como juicio práctico que ayuda a determinar qué hacer, la consciencia es lo que una persona siente que debe hacer o debería haber hecho; cómo surgen esos sentimientos resulta poco trascendental. Esta conciencia no juzga los sentimientos y deseos, sino que se reduce a ellos; se convierte en un mecanismo que concede a la persona el permiso de actuar sobre esos sentimientos y deseos [19]. Sucede que si un individuo puede cambiar sus sentimientos o creencias morales de tal modo que llega a sentir como correcto lo que desea en ese momento, estas nuevas creencias harían que esos deseos fueran correctos. Teóricamente, en el relativismo individual no habría disonancias morales entre las personas aunque llegaran a conclusiones prácticas opuestas cuando aplicaran sus convicciones morales individuales a una situación.

Entonces surge la pregunta si es posible aceptar el rechazo de conciencia en un contexto tan relativista. Una respuesta teórica inmediata podría ser “sí”, con el siguiente razonamiento como ejemplo:

(a) No es necesario que una organización o Estado acepte los principios específicos en los que se basa una objeción de conciencia pero, en un contexto de relativismo individual, tiene que aceptar que hay algunos principios en los que se podría basar una objeción.

(b) Tiene que aceptar que un individuo puede sostener principios que determinen que va contra su conciencia actuar de determinada forma particular.

(c) Por lo tanto, tiene que aceptar que la persona objeto en conciencia.

Sin embargo, este razonamiento amerita un examen cuidadoso.

El relativismo individual deja poco espacio para la objeción de conciencia, ya que, en la práctica, la aceptación de una objeción motivada por la conciencia necesita justificación. Para excusarse de una obligación requerida por una ley, reglamentación o práctica aceptada, se tiene que esgrimir un argumento que satisfaga a alguna autoridad, una organización o el Estado. En otras palabras, la justificación necesita ser aceptable para alguien además de quien la objeto. Los sentimientos personales constituyen una base muy endeble para justificar una objeción de conciencia, particularmente en asuntos que se refieren a los deberes hacia otros. Con el fin de evitar razones que se considerarían triviales o artificiosas, un relativista individual tendría que encontrar un sustituto de sus sentimientos que admitiera un argumento razonable. Con el propósito de lograrlo tendría que hacer referencia a una situación real o principio ajeno a sí mismo que deje sin resolver el enigma teórico básico del relativismo individual.

A menudo, un relativista individual recurriría a los aspectos legales de este caso para argumentar una objeción de conciencia, tal vez ignorando que los sistemas legales se basan en conceptos de lo correcto e incorrecto que son ajenos a individuos específicos. Estos conceptos pueden permanecer enterrados bajo varios niveles de asuntos teóricos y técnicos pero sin embargo, tienen principios claros y definidos.

En términos prácticos, un relativista individual puede encontrar formas de abordar y resolver asuntos expuestos por objeciones de conciencia mediante otros mecanismos que no recurran a la existencia de una conciencia razonable. El precio pagado es que esos caminos serán *específicos*, en el mejor de los casos, y altamente manejables, lo que les permite estar abiertos a la interpretación subjetiva pero propicia su abuso, tanto de parte de los opositores como de aquellos a quienes se les asignan sus casos. En resumen, una objeción de conciencia en un relativista individual parece lógicamente inadmisibles, pero se podrían encontrar maneras prácticas de mantenerla de sustentarla.

3. Relativismo cultural y conciencia

El relativismo moral cultural sostiene que los principios morales se basan en la cultura de un individuo y, por lo tanto, están sujetos a la elección de la [21]. Por lo tanto, las verdades morales únicamente tienen valor únicamente para las culturas que las aceptan. Enfrentado al hecho de la existencia de códigos morales con amplias diferencias, el relativismo moral cultural parece ser una conclusión natural para servir como fundamento de los sistemas morales [29].

El relativismo moral argumenta que: (i) dado que las diferentes sociedades tienen códigos morales diferentes, no puede haber una moralidad objetiva y (ii) con el fin de mantener un tejido social pacífico, cada sociedad necesita establecer acuerdos en torno a su propio código moral [15]. Sin embargo, el primer argumento no se sostiene de manera lógica; por ejemplo, las sociedades tienen diferentes opiniones de las mejores prácticas en medicina y este hecho no lleva a la conclusión de que no hay una opinión objetiva acerca de cuál es la mejor práctica médica. Además, si el argumento fuera correcto, entonces los desacuerdos acerca del relativismo deberían tomarse como desaprobatorios de este. En cuanto al segundo punto, la idea de adoptar un código de moralidad por con-

senso popular enfrenta el problema lógico sobre cómo un sistema puede hacer obligatorias las afirmaciones morales [30].

Husserl no aborda el relativismo cultural, pero sus argumentos sobre el relativismo específico se pueden utilizar para abordar el relativismo moral cultural si, en lugar de “especie humana” y “hombre” uno se refiere a la “cultura”, así como otros cambios apropiados. Él explica: «Sin embargo, si en lugar de tal sujeto [ser racional] asignamos a algunas *categorías* contingentes de seres con capacidad de juicio la categoría de pivote de nuestras relaciones, alcanzamos una nueva forma de relativismo. El hombre *como tal*, entonces, constituye la medida de toda verdad. Todo juicio cuyas raíces deben encontrarse en lo que es *específico* para el hombre –en las leyes constitutivas del hombre como especie– es un juicio verdadero para todos los seres humanos. El término “subjetivismo” aquí también encuentra cabida en el grado en que dichos juicios pertenecen a la forma de subjetividad humana común (refiriéndose al *subjectas* como la fuente última de conocimiento, etc.) Resulta mejor emplear el término “relativismo” y distinguir el relativismo *individual* del *específico*. La restricción del último a las especies humanas le da el sello de *antropologismo*» [27].

Su crítica va en este sentido: «el relativismo específico declara: cualquier cosa es verdad para determinada especie de seres con capacidad de juicio que, por su constitución y leyes de pensamiento pueda contar como verdad. Esta doctrina es absurda, ya que señala que la misma propuesta o contenido de juicio puede aplicarse a un sujeto de la misma especie [...], pero puede ser falsa para otro sujeto de una especie constituida de manera diferente. Sin embargo, el mismo contenido de puede ser verdadero o falso: esto se deriva del mero sentido de “verdadero” o “falso”. Si el relativista concede a estas palabras su significado apropiado, esta tesis se contrapone a su propio sentido. Lo que es verdad para tal o cual especie, por ejemplo, la especie humana puede, como aquí se expresa, ser una expresión absurda. Sin duda alguna se le puede dar un buen sentido, pero entonces tiene un significado totalmente diferente, es de-

cir, el círculo de verdades al que el hombre, como tal, tiene acceso» [27].

Si la verdad fuera relativa desde el punto de vista cultural, entonces podría haber comunidades que hagan afirmaciones radicalmente diferentes y opuestas sobre la misma propuesta. Por ejemplo, el juicio moral “el suicidio es moralmente correcto” podría considerarse verdadero cuando es válido para un grupo y falso para otro grupo que no le conceda validez. Este argumento es inaceptable, la misma propuesta no puede ser verdadera y falsa al mismo tiempo. Varios grupos podrían ofrecer evidencias que sustenten sus opiniones, pero la justificación de una declaración es un asunto diferente a su coherencia lógica. Los grupos culturales pueden expresar argumentos diferentes al hablar sobre el “suicidio”, en cuyo caso el juicio moral puede ser verdadero para una comunidad y falso para otra, pero este hecho no constituye una verdad relativa porque ambos argumentos se refieren a asuntos diferentes [15].

Cabe mencionar que los relativistas que afirman que el origen de la moralidad son los valores culturales de la sociedad conceden poco o ningún espacio a las reformas morales sociales y no permiten que los individuos cambien su perspectiva moral. Así, les resulta difícil explicar los cambios históricos de prácticas sociales extendidas como la esclavitud, discriminación racial, la atribución de un estatus inferior a las mujeres, etc. En un contexto de relativismo social, el cambio en la aceptación de estas prácticas, en diversas épocas de diferentes lugares habría sido muy difícil o imposible. De igual modo, el relativismo cultural habría tenido un espacio muy limitado para cualquier concepto de objeción de conciencia porque nadie habría tenido permiso de contravenir las normas de su propia cultura.

El relativismo cultural es ampliamente aceptado en las sociedades occidentales. Este goza del respaldo de conceptos relativistas de conciencia que resaltan las ventajas de ofrecer una estructura para definir los límites éticamente apropiados de rechazo de con-

ciencia y abstenerse de imponer creencias religiosas o morales a otros. Estos conceptos de relativismo contemporáneo garantizan un examen más minucioso.

4. El relativismo moral contemporáneo y la objeción de conciencia

4.1 Dos principios de acción

Los ejemplos de redefinición del concepto de conciencia en nuestra cultura dados en la *Introducción* incluyen las creencias que nuestras acciones no deben dañar a otros y que debe respetarse la autonomía de todos; estos se proponen como principios generales que trascienden las culturas. Casi universalmente aceptada es la idea de que nuestras acciones no deben dañar a otros principios que todos respetan e invocan para refutar la objeción de la conciencia en algunos casos, como se ha mencionado antes. En la práctica, tiene la categoría de un principio inicial de acción moral. El concepto de “daño” tiene una definición en español y varios sinónimos, pero la idea de lo que “es dañino para otros” con frecuencia queda con una definición incompleta y sólo existe un consenso que podría referirse a los efectos físicos o psicológicos negativos de nuestras acciones hacia otros. Por lo tanto, nuestra cultura relativista permite refutar objeciones en conciencia basadas en un principio general cuya definición se basa en el concepto de lógica difusa sobre lo que es “dañino para otros”, que acepta grados de verdad [31]. Esta falta de claridad permite una categorización *ad hoc* de acciones como dañinas en una cultura relativista. El propósito de este debate no es cuestionar el principio de no dañar a otros, sino exponer una falta de coherencia en la percepción cultural del concepto de “daño a otros” que tiene un efecto tanto en el significado de conciencia como en el de rechazo d conciencia.

Otra idea en nuestra cultura que también tiene el estatus de principio fundamental es la necesidad de respeto de la autonomía

de la o las personas que resultarán afectadas por una acción. Los agentes autónomos gozan de autodeterminación y nuestra perspectiva cultural de autonomía de un agente individual en un asunto particular se basa en el hecho de que él o ella por sí solo puede ejecutar sus acciones, por lo tanto, en nuestra cultura hay un vínculo estrecho entre ser un agente y gozar de autonomía [32]. A pesar de este vínculo, es posible que un agente no se auto determine por no tener control de las fuerzas que lo impulsan a decidir lo que tiene que hacer, por ejemplo, en el caso de manipulación mental, adicciones, etc., cuando su autonomía se ve afectada. Asimismo se acepta que las acciones están condicionadas por circunstancias pasadas y presentes sobre las que un agente puede no tener control [32]. Esto revela un problema esencial con el concepto de autonomía basado en un agente, que principalmente consiste en la falta de consenso sobre las influencias que nos impiden la autodeterminación, en otras palabras, hay una falta de claridad de las características de la agencia autónoma [32]. Por otro lado, una persona puede auto determinarse sin gozar de la capacidad de apreciar la diferencia entre lo correcto e incorrecto en un contexto cultural, así, un agente autónomo puede hacer algo culturalmente incorrecto sin ser responsable de tal acción [32]. En este análisis no se pretende falsificar la idea de autonomía, sino exponer una percepción de esta prevaleciente en la cultura que está cargada de imprecisiones y limitaciones básicas y, a pesar de ello, se utiliza para negar la validez de la objeción de conciencia. Parafraseando a Husserl, estos ejemplos ponen de manifiesto lo absurdo que resulta el hecho de que la aceptación general de una idea por parte de una sociedad constituya el fundamento para considerarla verdadera, como propone el relativismo cultural.

Este análisis no tiene que ver con las limitaciones del lenguaje, sino con poner de manifiesto que, en un entorno relativista, en cierta forma se considera legítimo pasar por alto estas limitaciones, lo que abre la posibilidad a cambiar el significado de los conceptos en aras de una adaptación a marcos culturales específicos. Así no

es de sorprender que, con frecuencia, estas dos ideas ampliamente aceptadas se utilizan en el relativismo cultural contemporáneo para presentar objeciones motivadas por la conciencia.

4.2 *El no-relativismo del relativismo contemporáneo*

En su libro titulado *Conscience and Its Enemies* [33], Robert P. George, McCormick Professor of Jurisprudencia en la Universidad de Princeton, comenta acerca de la postura no relativista del relativismo contemporáneo. Él aduce que, de hecho, los relativistas morales hacen declaraciones morales acerca de la verdad. En el contexto de la obra presente, algunos ejemplos serían los argumentos expuestos por Charo [5] y Savulescu [6], así como los principios de no dañar a otros y respeto de la autonomía personal. Muchos relativizar afirman actuar en nombre de los derechos de conciencia, lo que suscita el cuestionamiento de que una idea de conciencia definida en el marco de un tipo específico de relativismo podría producir conclusiones inaceptables para otros que no sostienen las mismas opiniones éticas. A menudo, las personas con posturas opuestas en debates sobre el significado de conciencia profesarán la defensa de su integridad y el ejercicio apropiado de rechazo de conciencia.

Para ilustrar este argumento, el Profesor George [33] hace una retrospectiva del historial filosófico del precepto de conciencia expuesto por John Stuart Mill y John Henry Newman. En opinión de Mill, «el único propósito por el que el poder se puede ejercer correctamente sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada en contra de su propia voluntad es para evitar el daño a otros. Su propio bien, ya sea físico o moral, no constituye una garantía suficiente. No hay forma correcta de obligarlo a actuar o dejar de hacerlo para hacerlo feliz porque, en la opinión de otros, hacerlo sería acertado o incluso correcto» [34, p. 13].

Mill expresa abiertamente el fundamento de esta aseveración: «Resulta adecuado declarar que renuncio a cualquier reconocimien-

to de mi argumento que provenga de la idea de un bien abstracto como algo independiente de utilidad. Considero que la utilidad es el atractivo último de todas las cuestiones éticas, pero debe tratarse de la utilidad en el sentido más amplio, fundamentada en el interés permanente del hombre como un ser en progreso» [34]. Resulta claro que, hasta en opinión de Mill, la evaluación de lo que es útil dependerá de la forma en que un contexto cultural entiende el progreso del hombre. A pesar de la aceptación, un tanto implícita, de Mill acerca del relativismo moral, él propone un principio último de acción ética que constituye la base de una filosofía moral: una acción es correcta si maximiza con éxito la felicidad integral en el interior de uno mismo y la propia sociedad [35]. En este caso también, la evaluación de una acción dependerá de la percepción de la felicidad y la forma en que una sociedad la mide.

Newman, por su parte, declara: «La conciencia tiene derechos porque tiene obligaciones pero, en esta época, en una gran proporción del público consiste en renunciar a la conciencia por el propio derecho y libertad de conciencia. La conciencia es un estricto mecanismo de supervisión pero en este siglo se ha visto superado por un concepto falso del que nunca se escuchó durante los dieciocho siglos previos y no lo pudieron haber confundido si lo hubieran conocido. Se trata del libre albedrío» [36, p. 250]. Para Newman, la consciencia identifica deberes de conformidad con las leyes morales, no permisos para actuar concedidos por los sentimientos o las emociones; su regla fundamental es el Derecho Divino [36]. Su filosofía moral se basa en una idea del bien que trasciende al hombre y la sociedad. El derecho a obedecer la conciencia de un individuo y la obligación de respetar la conciencia de un individuo provienen de los deberes que las personas deben cumplir (no necesariamente de lo que desean) y no porque las personas sean absolutamente autónomas pueden hacer lo que les plazca [19]. Mill y Newman coinciden en la presencia universal de juicios morales en los seres humanos y en que la conciencia debe juzgar de conformidad con una o varias normas no exclusivas del individuo. Sin embargo, como se

explicó anteriormente, la opinión de Mill sobre lo que es la conciencia se fundamenta en ideas filosóficas radicalmente diferentes de las de Newman, por lo que llevan a perspectivas totalmente diferentes acerca de la naturaleza de los juicios morales y los principios que los rigen.

Las opiniones divergentes de Mill y Newman sustentan explicaciones que se pueden oponer entre sí y suscitar temas de controversia moral como los que con frecuencia se ven en el área de la atención médica; un ejemplo es el caso del aborto. En el sistema utilitario de Mill, el aborto es permisible, hasta requerirse, en conciencia, si se maximiza la felicidad general de un individuo y sociedad. El propósito no es debatir sobre la postura de Mill sobre el aborto, sino señalar que la aplicación de principio de “Mayor Felicidad” dependerá de la perspectiva de la mayoría acerca del aborto en una sociedad, lo que hace que su evaluación sea relativa con respecto a la cultura. Para Newman, por su parte, el Derecho Divino nunca permitiría el aborto, aunque una persona que él consideraría con conciencia equivocada, pudiera pensar que es permisible bajo ciertas circunstancias.

La comparación de opiniones de Mill y Newman demuestra que de principios diferentes surgen convicciones morales incompatibles. El tema del aborto ilustra el hecho de que la perspectiva de Mill y Newman proviene de sus ideas básicas sobre lo que es la norma de moralidad. Esta es una buena razón para someter a evaluaciones éticas prácticas el debate crítico y razonado de los preceptos morales fundamentales de los que provienen y no sólo limitarse a aceptarlos o imponerlos como dogmas culturales con los que todos deben coincidir.

Una comparación entre el sistema moral de Newman y un sistema moral relativista que considere al aborto permisible demostraría que este último no es neutral desde el punto de vista moral. La permisibilidad del aborto se basaría en principios éticos específicos que sostienen juicios prácticos sobre lo que es correcto y erróneo; en palabras sencillas, se trataría de otra teoría moral, no una postu-

ra capaz de adoptar diversas perspectivas morales. Por lo tanto, el relativismo moral no debe erigirse como el espacio privilegiado de una ortodoxia de mayor nivel sobre las otras teorías morales, sostener que no hay reglas que determinen lo correcto y lo incorrecto, o que la definición de lo que es correcto o incorrecto según el contexto cultural hacen del relativismo una teoría que no admite críticas razonables ni desafíos como cualquier otra [2].

4.3 Relativismo moral y objeción de conciencia

Los relativistas morales deben aceptar que sus opiniones, al igual que aquellas de otros filósofos de la moral, contienen preceptos y prohibiciones basados en principios, por lo que deben abstenerse de insistir *a priori* que estos principios deben aceptarse como verdades indiscutibles. Ruth Benedict fue una reconocida proponente del relativismo cultural [37]. Al explorar la idea de lo que es “anormal”, realizó análisis en varios grupos de personas cuyas culturas incluían comportamientos y hábitos sociales inaceptables para la cultura occidental y, de allí, concluyó que la “normalidad se define culturalmente” [38]. Enseguida se llevó esta idea al terreno de la ética: «Reconocemos que la moralidad difiere en cada sociedad y que es un término conveniente para hábitos socialmente aprobados». Aun aceptando que sus descripciones e interpretaciones de las diferencias entre las culturas son correctas, la extrapolación a la ética, afirmando que «el concepto de lo normal es, propiamente, una variante del concepto del bien», no es una conclusión de sus estudios culturales sino un postulado agregado a su teoría social. El relativismo ético de Benedict se declara al afirmar: «Así como tenemos deficiencias al tratar con problemas éticos cuando nos apegamos a una definición absoluta de moralidad, también los tenemos al tratar con problemas de anormalidad cuando identificamos nuestra normalidad local con la cordura universal» [38]. Este es simplemente un intento de reducir la moralidad a hábitos sociales basados en un sicologismo particular; la declaración es un prin-

cipio interpolado de una teoría social, no una conclusión derivada de observaciones.

La autopercepción de algunos relativistas morales como poseedores de opiniones incuestionables es en realidad una auto decepción [39]. Las personas con esta postura, ¡han recibido el epíteto de «difícilmente relativistas! Desearía que lo fueran. En realidad son moralistas, moralistas con una misión. Su misión es definir la vida política y social y, hasta donde les es permitido, las creencias individuales alienadas con sus convicciones morales apasionadamente albergadas» [...] «No se trata de personas que nieguen que hay verdades morales. Por el contrario, son personas que afirman que hay verdades morales y que son tan ciertas que las comprenden correctamente y por ello están dispuestos a imponerlas a la sociedad» [39, p. 19].

Específicamente, la evaluación de la objeción de conciencia desde una perspectiva de filosofía de la moral relativista definida por un conjunto de suposiciones debe estar precedida por un debate de los principios de esa teoría de la moral y no debe suponerse que una objeción debe ser acorde a ellos sin un argumento razonado. Por ejemplo, la necesidad de respetar la autonomía de los pacientes es un argumento esgrimido en contra de los rechazos de conciencia expuestos por doctores cuando se trata de ejecutar o no procedimientos específicos; se trata de una idea que pocos cuestionarían. Sin embargo, un análisis detallado de las razones argumentadas para el dictamen de la Suprema Corte de Estados Unidos en el caso *Planned Parenthood vs. Casey (Paternidad planeada vs. Casey)* [4], el criterio del Comité de Ética del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (Ethics Committee of the American College of Obstetrics and Gynecology, ACOG) *The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine (Los límites del rechazo de conciencia en la medicina reproductiva)* [7] y la *Enmienda de 2008 a la Ley sobre Aborto (Abortion Law Reform Act 2008)* del Estado de Victoria [10] demuestran que el respeto de la autonomía de los pacientes se eleva a un principio supremo de acción moral sin una explicación o justifica-

ción adecuada. Este es un principio agregado que se basa en un concepto de conciencia que difiere de los previamente aceptados en la filosofía y sistemas legales de Occidente. Sus trascendentes consecuencias para la preservación de la integridad moral de los individuos y, en particular, el derecho a la objeción de conciencia, ameritan ir precedidos por debates profundamente razonados que vayan más allá de simples promulgaciones o definiciones de conciencia.

5. Conclusiones

En este estudio muchos análisis se basan en argumentos lógicos. La obra no pretende dotar de una precedencia a la Lógica sobre la Epistemología o la Filosofía de la Moral, sino que resulta esencial que cualquier teoría se formule con principios claros y razonados y que posea una coherencia interna. No se pueden aceptar como fundamentos de una teoría moral aquellos conceptos o argumentos expuestos que tengan incoherencias. En este artículo se muestran problemas internos de coherencia lógica en el relativismo moral que deben resolverse antes de que el relativismo se proponga como la referencia ética universal para evaluar las acciones humanas y, en el caso en cuestión, para evaluar la moralidad de la objeción de conciencia.

Además, un análisis de los preceptos del relativismo cultural de la actualidad muestra que es mucho menos “relativo” de lo que aparente y, de hecho, se trata de un moralismo cultural basado en diferentes suposiciones acerca del hombre y la sociedad más acendrado que las teorías morales anteriormente propuestas. Una consecuencia específica es que estos principios generan nociones de conciencia que, a menudo, cambian su función y devalúan su importancia en el terreno del comportamiento ético, además de apartarse de opiniones tradicionales basadas en lo que es apropiado para los seres humanos.

En general, la evaluación ética de la objeción de la conciencia y, en particular, el rechazo del cumplimiento con leyes, reglamentaciones o prácticas aceptadas, deben hacerse tomando como referencia los principios básicos de la filosofía de la moral. Algunas suposiciones en la cultura relativista contemporánea sobre el respeto a la integridad y autonomía de los individuos hacen casi imposible que las objeciones motivadas por conciencia se puedan alinear con los principios éticos de este relativismo moral. Como consecuencia, con gran facilidad se pueden denegar las objeciones de conciencia en este contexto.

Por lo tanto, si las objeciones motivadas por la conciencia no son congruentes con un contexto cultural relativista, resulta engañoso considerar que este derecho personal estará protegido y se defenderá de la imposición de leyes o reglamentaciones que se consideren injustas.

Bibliografía

- ¹ Brownlee K. Civil Disobedience. In: Stanford Encyclopedia of Philosophy. Stanford (CA); 2013 (consultado el 26.11.2015, en <http://plato.stanford.edu/entries/civil-disobedien-ce/>).
- ² Westacott E. Moral relativism. In: The Internet Encyclopedia of Philosophy. Martin (TN); 2013 (consultado el 26.11.2015, en <http://www.iep.utm.edu/moral-re/#SH2b>).
- ³ Hill TE. Human Welfare and Moral Worth: Kantian Perspectives. Oxford: Clarendon Press; 2002.
- ⁴ Supreme Court of the USA. Planned Parenthood vs. Casey. Washington DC: 505 U.S. 833; 1992.
- ⁵ Charo RA. The celestial fire of conscience-Refusing to deliver medical care. New England Journal of Medicine 2005; 352: 2471-2473.
- ⁶ Savulescu J. Conscientious objection in Medicine. British medical journal 2006; 332: 294-297.
- ⁷ American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine. Washington DC: Committee Opinion No. 385, 2; 2007.
- ⁸ Ross WD. Foundations of Ethics. Oxford: Clarendon Press; 1939: 81-86.

- ⁹ Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edn. New York: Oxford University Press; 2001.
- ¹⁰ State of Victoria. *Abortion Law Reform Act 2008*. Melbourne: Victorian Current Acts 58; 2008.
- ¹¹ Delmas C. Political resistance: A matter of fairness. *Law and Philosophy*. 2014; 33: 465-488. [12] Raz J. *Legal Rights*. in *Ethics in the Public Domain*. Oxford: Oxford University Press; 1994: 254-276.
- ¹² Mackie JL. Can there be a right-based moral theory? *Midwest Studies in Philosophy* 1978; 3: 350-359.
- ¹³ McInerney R. *Saint Thomas Aquinas*. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2014 (consultado el 26.11.2015, en: <http://plato.stanford.edu/entries/aquinas/>).
- ¹⁴ Gowans C. *Moral relativism*. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2008 (consultado el 26.11.2015, en <http://plato.stanford.edu/entries/moral-relativism/#ForArg>).
- ¹⁵ Foot P. *Moral Relativism*. In: Foot P (ed). *Moral Dilemmas and other Topics in Moral Philosophy*. Oxford: Oxford University Press; 2002: 20-36.
- ¹⁶ Stevenson CL. *Facts and Values: Studies in Ethical Analysis*. New Haven: Yale University Press; 1963: 71-94.
- ¹⁵ Levy N. *Moral relativism: A short introduction*. London: Oneworld Publications; 2002: 32-53.
- ¹⁶ George RP. What "Conscience" Really Means. *National Review Online*. Interview by K. J. Lopez. New York; 2013 (consultado el 26.11.2015, en: <http://www.nationalreview.com/node/353233/print>).
- ¹⁷ Rouse ST. Professional autonomy in Medicine-Defending the right of conscience in health care beyond the right to religious freedom. *Linacre Quarterly* 2012; 79: 155-168.
- ¹⁸ Swoyer C. *Relativism*. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2013 (consultado el 26.11.2015, en <http://plato.stanford.edu/entries/relativism/#1.2>). [22] Seifert JM. *From relativism and skepticism to truth and certainty*. *International Academy of Philosophy*. Liechtenstein; 2010 (consultado el 26.11.2015, en: <http://www.leaderu.com/truth/1truth14.html>).
- ¹⁹ Wendel WB. *Teaching ethics in an atmosphere of skepticism and relativism*. *Cornell Law Faculty Publications*. Ithaca (CO); 2002 (retrieved on 26.11.2015, at: <http://scholarship.law.cornell.edu/facpub/494>).
- ²⁰ Guerra Lopez R. Love the truth, the whole truth, and the truth about everything. Interview with Josef Seifert. *Open Insight* 2014; 5: 303-342.
- ²¹ Sinnott-Armstrong W. *Moral skepticism*. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2011 (consultado el 26.11.2015, en <http://plato.stanford.edu/entries/skepticism-moral>).
- ²² Hanna R. *Husserl's arguments against a Logical Psychologism*. In: Mayer V. (ed) *Edmund Husserl: Logische Untersuchungen*. Berlin: Akademie Verlag; 2008.
- ²³ Husserl E. *Logical Investigations*. Vol 1. Abingdon: Routledge; 2008.

- ²⁴ Drummond JJ. Moral objectivity: Husserl's sentiments of the understanding. *Husserl Studies* 1995; 12: 165-183.
- ²⁵ Blackburn RL. Cultural relativism in the universal. *Periodic Review of the Human Rights Council. Working Papers* 2011/3. Barcelona: ICIP; 2011 (consultado el 26.11.2015, en: http://www.uprinfo.org/sites/default/files/generaldocument/pdf/blackburn_upr_cultural_relativism.09.2011.pdf).
- ²⁶ Howson A. Cultural relativism. *EBSCO Research Starters*. Ipswich: EBSCO Publishing; 2009 (consultado el 26.11.2015, en: [http://www.ebscohost.com/uploads/imported/this Topic-dbTopic-1247.pdf](http://www.ebscohost.com/uploads/imported/this%20Topic-dbTopic-1247.pdf)).
- ²⁷ Hajek P. Fuzzy logic. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2010 (consultado el 26.11.2015, en: <http://plato.stanford.edu/entries/logic-fuzzy/>).
- ²⁸ Buss S. Personal autonomy. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2013 (consultado el 26.11.2015, en: <http://plato.stanford.edu/entries/personal-autonomy/>).
- ²⁹ George RP. *Conscience and Its Enemies*. Wilmington: ISI Books; 2013: 8-11.
- ³⁰ Mill JS. *On Liberty and Other Essays*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- ³¹ Heydt C. John Stuart Mill. *The Internet Encyclopedia of Philosophy*. Martin (TN); 2006 (consultado el 26.11.2015, en: <http://www.iep.utm.edu/milljs/>).
- ³² Newman JH. *Certain Difficulties Felt by Anglicans... A Letter Addressed to the Duke of Norfolk*. London: Longmans, Green & Co; 1897. [37] Benedict R. *Patterns of culture*. New York: Houghton Mifflin; 1934: 218-240.
- ³³ Benedict R. Anthropology and the abnormal. *J Gen Psychol*. 1934; 10: 59-82.
- ³⁴ George RP. Robert P. George takes Students' Questions. *Intercollegiate Review*. Wilmington; 2013 (consultado el 26.11.2015, en: <https://home.isi.org/robert-p-george-takes-students-questions>).

Conscientious objection and moral relativism

*George L. Mendz**

Abstract

This work briefly review changes in the notion of conscience and analyze the possibility of acceptance of conscientious objections in the context of these new perceptions of the role of conscience and individual or cultural relativism sustained by the contemporary expressive individualism. Husserl's criticisms and conclusions on skepticism were used as models to address these perspectives. The logical inconsistencies identified in both relativistic theories exposed essential issues in their formulation and application. It was concluded that, in a society based on moral relativism, it would be possible to refute the reasons of the individuals to object in conscience, invalidating the efforts to safeguard their conscience. Reviews of conscience concept frequently invoke respect of personal autonomy as safeguard of people's self-determination. The examination of a prevailing concept of autonomy revealed that it was loaded with inaccuracies and limitations but it was used to question the validity of conscientious objections. Since the possibility to include multiple and various perspectives is a feature proposed by contemporary relativists supporting their opinion, the study also addresses the question about how real is contemporary relativism. The results of these analyses provided

School of Medicine. The University of Notre Dame, Sydney, Australia
Corresponding author: George L. Mendz, The University of Notre Dame, 160 Oxford St, Darlinghurst, NSW2010, Sydney, Australia.
E-mail: George.Mendez@nd.edu.au
Received November 26, 2015; approved January 25, 2016.

additional perspectives on the problems that conscientious refusals face in a relativistic social context.

Key words: conscience, conscientious objection, moral relativism.

1. Introduction

In this work, “conscience-motivated objection”, “conscientious objection” or “conscientious refusal” refers to a violation of a law, rulings, accepted practice, etc., motivated by a belief of the dissident that, from a moral point of view, it is prohibited to follow the law because it is inappropriate or wrong, totally or partially. [1] There is the consensus that objection or refusal should be publicly declared.

Ethical evaluations of conscientious objection, in general, and claims to refuse the compliance with specific requirements should be done with reference to the basic principles of a moral philosophy. Relativism is a widespread philosophical position proposing equal validity of all ethical perspectives. [2] Thus, there is a question about the place of conscientious objection in the contemporary relativistic culture. An initial answer would be that precepts of relativism are inherently tolerant and compatible with conscientious refusals. However, a more detailed analysis of relativism reveals that its non-acceptance of universal moral principles affects the way in which conscience is understood. In other ethical theories, conscience is considered as an authoritarian standard, although in different specific ways, whereas in relativism it often is considered as “a non-reflected answer to socially learned values of the subject’s culture”. [3, p. 280] Could this perspective encourage a paradoxical “relativism dictatorship” in the context of conscientious refusal?

1.1 New definitions of conscience

During the two last decades, there has been a renewed interest in clarifying the obligations of subjects involved in different working environments, and in particular, health care environment. Commonly, in many Western countries this interest has emerged in a context of ethical relativism, resulting in several attempts to redefine the meaning of conscience and its role in the subject's actions. Many professional organizations and individuals involved in health care reject some of these meanings, so they have responded invoking conscientious objections before laws and regulations based therein.

The following five examples show implicit or explicit redefinitions of conscience and its role.

1. The United States Supreme Court, in the case of 1992 *Planned Parenthood vs. Casey*, stated:

“Men and women of good conscience can disagree, and we suppose some always disagree, about the profound moral and spiritual implications of terminating a pregnancy, even in its earliest stage. Some of us as individuals find abortion offensive to our most basic principles of morality, *but that cannot control our decision*. Our obligation is to define the liberty of all, not to mandate our own moral code.”

“At the heart of liberty *is the right to define one's own concept of existence, of meaning, of the universe, and of the mystery of human life.*” [*emphasis added*].[4]

The definition of “own concept of existence” allows the notion of conscience that anyone chose according to the individual moral code. Likewise, the Court states that conscience of a particular individual cannot determine his or her decision to act and this means to impose one's moral code on others. A direct interpretation would be that, in cases when the moral code of the health care provider differs from the patient's moral code, the ethical convictions of the health care provider should not be above the patients' rights.

2. R. Alta Charo, Professor of Law and Bioethics in the University of Wisconsin, Madison, US, in 2005 in *The New England Journal of Medicine*:

“Accepting a collective obligation does not mean that all members of the profession *are forced to violate their own consciences*. It does, however, necessitate ensuring that a genuine system for counseling and referring patients is in place, so that every patient can act according to his or her conscience just as readily as the professional can.”

“Conscience is a tricky business. Some interpret its personal beacon as the guide to universal truth. But *the assumption that one’s conscience is the conscience of the world is fraught with dangers.*” [*emphasis added*] [5, p.2473].

Professor Charo expresses the idea that every person defines its own concept of conscience but the acts of health care professionals require to take into account the conscience of their patients. By considering both positions, potential conflicts between health care provider’s conscience and patient’s conscience can be expected. It seems that Professor Charo combines two perspectives: individual conscience as a final guide for the subject’s acts and the perception by individuals that whatever is advisable is equal for every individual. Since some time ago, acceptance of conscience precepts has been a fundamental principle in moral theories and legal codes, and do not implies the idea about all persons share the same moral ideas. The universal recognition of this precept deals with the meaning and role of conscience, not with its specific contents.

3. In 2006, Julian Savulescu, Director of the Uehiro Centre for Practical Ethics in the University of Oxford, stated that:

“The argument in favour of allowing conscientious objection is that to fail to do so harms the doctor and constrains liberty.” However, he concluded that “When the duty is a true duty, *conscientious objection is wrong and immoral*. When there is a grave duty, it

should be illegal. *A doctors' conscience has little place in the delivery of modern health care.*" [emphasis added] [6, p. 295]

Quite explicitly, Professor Savulescu states that a doctor's conscience should not intervene in a health care decision, from which he concludes that conscience objection can be an error from the moral point of view, at least in some cases. This opinion implies a more radical opposition to conscientious objection, since there is a significant difference between not acknowledging the role of a physician's conscience and affirming that acting according to this can be morally wrong.

4. In 2007, the Ethics Committee of the American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) published a criterion entitled *The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine* in which it provided a definition of conscience that was reaffirmed in 2013: "Conscience has been defined as the private, constant ethically attuned part of the human character. It operates as an internal sanction that comes into play through critical reflection about a certain action or inaction." (ACOG 2007). Also, the opinion defines the limits of conscientious refusal arguing that: "Although respect for conscience is a value, *it is only a prima facie value*, which means it can and should be overridden in the interest of other moral obligations that outweigh it in a given circumstance." [emphasis added] [7]

In this context, the Medical College adopted definitions that were neither medical nor scientific, and try to resolve an ethical issue using the language and concepts of particular ethical theories, mainly, the Prima Facie Duties of W.D. Ross [8] and principlism of Beauchamp and Childress. [9, p. 12] The College did not provide a reasoned explanation of the adoption of this approach.

5. The Parliament of Victoria (Australia) approved the *Abortion Law Reform Act 2008*, which, in Clause 8 of Part 2 states:

"If a woman requests a registered health practitioner to advise on a proposed abortion, or to perform, direct, authorize or supervise an abortion for that woman, and the practitioner has a conscientious objection to abortion, the practitioner must:

- inform the woman that the practitioner has a conscientious objection to abortion; and
- *refer the woman to another registered health practitioner in the same regulated health profession who the practitioner knows does not have a conscientious objection to abortion.*” [emphasis added] [10]

The purpose of this 2008 Law of Victoria (Australia) is to solve potential conflicts between health care professionals and patients ignoring the possibility that the act of referring to another health care professional with different ethical opinion can also be a matter of conscience. In broad terms, the Law has attributed the task of defining an issue of conscience and, in practical terms, has deprived the physician of the right of conscientious objection.

These examples raise concerns on what is conscience and its role in subjects' actions. These undermine or challenge the sacred right of people to act according to their conscience, either denaying or delimiting the right of individuals to conscientious objection. An analysis of the cultural context in which these changes occur would help to understand some of the reasons by which conscience meaning and value and its role is being reviewed, as well as the problems that these changes imply for conscience-motivated objections.

1.2 Laws, regulations and obligations

There is the assumption that citizens generally have, in a righteous enough and free society, the moral obligation of comply with accepted laws and regulations, and established professional practices. This idea can be used as a strong argument against the theoretical possibility of a conscientious refusal. However, in principle there is no incompatibility between these, since there are legal systems that consider the conscientious objection as a legitimate basis to avoid certain actions, for example, direct military participation in a war.

Moreover, in accordance with international law, its legitimacy has been explicitly manifested many times. For example, the United Nations International Covenant on Civil and Political Rights, which entered into force in 1976, in Article 18 states “the right to freedom of thought, conscience and religion” of the individuals. In 1993, the United Nations Human Rights Committee (no. 22, paragraph 11) clarified that it is applied to conscientious objection. In 2006, this Committee stated the specific right to conscientious objection in accordance with Article 18. Many countries, including Finland, Germany, the United Kingdom and United States, recognized the right to conscientious objection for combat service. These examples refer to objections to participate in war, but clearly establish that the international legal system and the legal systems of many pluralistic societies where the rule of law governs accept conscientious refusal.

Regarding accepted standards and established professional practices, there are many cases demonstrating these are unethical, abusive or inappropriate, and contributions to conscientious objections of many citizens have helped to change them; three examples of these cases are slavery, the role of woman in society and the treatment to patients with mental disorders.

There are ordinary reasons to comply with the law and accepted practices, and strong moral reasons to follow particular cases in both. However, since legacy or general acceptance of an action does not necessarily determine its moral status, a general moral obligation to be followed does not necessarily is applicable in every case. Moral responsibilities of citizens go beyond any obligation to comply with laws and regulations; under certain circumstances, individuals are forced to accept unfair regulations or practices and there can be a duty to disobey the law. [11, p. 466]

There are different opinions on the right to conscientious objection. For example, an argument based on the importance of protecting the sphere of autonomy and liberty of an agent, proposes that there are rights of conduct inhibiting the interference by

others and concludes that the right to assume certain conduct implies that interference with this conduct is not justified, even when this conduct itself is not justified. [12] Another perspective suggests there is a limited right of conscientious objection if two conditions are met: (i) it responds to a clear and important case of injustice and (ii) it is the last resource. [1] Regardless if the right to conscientious objection is accepted or not, most moral philosophers agree that there can be no right to exercise a morally incorrect action, since, from the moral point of view, it is expected that individuals should not exercise incorrect actions.[13]

1.3 Relationships of conscience to the cultural context

In the expression “conscientious objection”, the meaning of “objection” is standard in English; but “conscience” has been defined in several ways, even opposite. A classical definition of “conscience” states that it is the faculty of moral judgement that distinguishes between right and wrong; from this it follows that conscience must judge in accordance with one or various standards transcending them.[14] In contrast, there is a contemporary definition of “conscience” that does not recognize anything as definite and takes the self and its desires as the ultimate standard of conduct.[15] This last approach has variations but, essentially, it is based on a relativistic perspective of human beings and society.

The term “moral relativism” is applied to various ethical perspectives that admit several opinions regarding ethical issues, but which common element is that none of these sets of opinions seems to adhere more to the truth than the other.[16] In this work, “relativism” is understood as the intellectual perspective that denies the existence of the principles that constitute the base of an objective natural moral order;[17] therefore closely relating with the form of skepticism that propose arbitrariness or subjectivity of

moral values.[18] The examples of the above sections reveal some of the difficulties that conscientious objections can face in moral relativism and demonstrate that philosophical ideas can have a deep impact on public policies and social life.

An analysis of the justification of a specific conscientious objection would consider (i) the action(s) to which it refers and its consequences, as well as (ii) the motivation for objection.[1] It is worth mentioning that such analysis would depend on a concept of conscience derived from opinions on what comprises human beings, the human ability to learn, etc., factors based on particular perspectives about anthropology and philosophy of morality. Thus, a general discussion on conscientious objection requires the expression of the principles within which it is evaluated, in such a way that these core concepts can also be subject to a critical examination and a rational evaluation.[19]

The main proposal addressed in this study is that conscience-motivated objections may differ from cultural concepts based on relativism. Accordingly, in such social environment, acceptance or denial of conscientious refusal would be based on arbitrary decisions with better or worse justifications or rationalizations. Consequently, in such contexts, conscientious objections cannot be used to protect the subjects' conscience.

This is different from affirming that relativism is the only problematic precedent of current issues associated with conscientious objections. Many current non-relativistic cultural and legal perspectives question the right to conscientious objection. An example in the health area would be the idea of conscience that subjects it to regulations set out by professional organisms and that does not recognize its sovereign. Other examples privilege personal autonomy of patients over that of health professionals or a conscience perspective that confounds it with religious precepts. [20, p. 157]

In order to investigate the relationship between conscientious objections and moral relativism, a brief analysis was carried out on individual and cultural relativism, and of Husserl's criticisms to

both. These evaluations served to debate on issues that conscientious refusal can face in a cultural context of relativistic moral.

In the study, some relativistic contemporary opinions were also analyzed and the conclusion was that, contrary to their own assertions, there were not more than other moral theories based on principles, which frequently are not made explicitly. As a specific example, there is a debate on a concept of personal autonomy sustained by a contemporary moral philosophy manifesting to be relative to its culture and, at the same time, it is used to exclude the possibility of conscientious objection. The analysis demonstrates that its personal autonomy concept does not support objections motivated by conscience and that such theory is not consistent with moral relativism.

2. Individual relativism and conscience

A radical formulation of moral relativism states that there are no standards determining right and wrong. The subject chooses the rules that in a given moment will guide his or her actions. There are some practical limits to these actions, according to the extent in which these affect other individuals.[21]

In opposition to the assertion that every human being has a profound and equal dignity simply inherent by virtue of its nature of being a rational being, a moral skeptic can argue that, in his or her opinion, nothing in the universe has an intrinsic value. Indeed, for a relativist, the sole formulation would be oxymoronic, since saying that something has “value” does not mean it is expressing a fact, but a subjective preference. [2] By analyzing the grounds of this opinion, Seifert [22] found several possible roots of a skepticism covering a period of 250 years and a wide spectrum of ideas going from the profound doubt exposed by rationalism about the ability of man to know reality and objective truth, to empiricist and positivist philosophy that reduce the entire human knowledge

to perceive impressions with the senses and ideas immediately derived. A conclusion expose that skepticism and moral individual relativism have common precepts: denial of any absolute principle on human knowledge and in the moral order, respectively.[23]

The logical arguments used by Husserl to criticize the theoretical grounds of skepticism served as a model for the analysis of moral individual relativism. [24, p. 306] It is justified to use these epistemological investigations as conceptual framework, because of the type of moral skepticism that arise questions on common moral beliefs. [25] Husserl revealed a fundamental logical flaw by using a more or less disguised absolute principle to deny the possibility of the objective knowledge, and demonstrated that skepticism is self-contradictory. In his work *Prolegomena to Pure Logic*, he addressed the individual relativism. His arguments directly refer to *cognitive* relativism, which concerns to theoretical beliefs and truth, different from *moral* relativism, which in turn refers to beliefs, ethics, and principles of conduct, but in both cases, the individual relativism argue that truth is determined by personal belief or opinion [26, p. 27].

Husserl stated, “In order to criticize psychologism we have [...] discuss the concept of *subjectivism* or *relativism*, which also is part of the above-mentioned theory [skeptical]. One of its original forms is caught in the Protagorean formula: ‘Man is the measure of all things’, provided this last is interpreted as saying ‘The individual man is the measure of all truth.’ For each man that is true which seems to *him* true, one thing to one man and the opposite to another, if that is how he sees it. We can therefore also opt for the formula ‘All truth (and knowledge) is relative relative to the contingently judging subject’. [27, p. 77]

His criticism to individual relativism is “[The individual relativist] naturally reply: My theory expresses my standpoint, what is true for me, and need be true for no one else. Even the subjective facts of his thinking, he will treat as true for himself and not as true in itself [...] The content of such assertions rejects what is

part of the sense or content of every assertion and what accordingly cannot be significantly separated from any assertion.’ [27, p. 78]

If truth is relative to individuals, that is, if individual relativism is true, then whatever anyone believes to be truth is truth. This includes persons believing that relativism is false. Then, individual relativism is both true (relative to defenders) and false (relative to critics), and thus, it is self-contradictory. Likewise, Husserl affirmed “Extreme empiricism is as absurd a theory of knowledge as extreme skepticism. It destroys the possibility of a rational justification of mediate knowledge, and so destroys its own possibility as a scientifically proven theory.” [27, p. 59]. He extends this criticism of logical psychologism to moral psychologism. This last has anti-ethical consequences, since it questions universal validity of moral norms and makes ethical cognition and argumentation impossible. Moral psychologism cannot yield suitable notions of the moral good and moral validity, undercutting the possibility of any unconditional demand and of any adequate notion of obligation. [28, p. 166].

What is conscience in individual relativism? As a practical judgement that helps to determine what to do, conscience is what a person feels ought to be done or should have been done; how these feelings rise is little important. This conscience does not judge feelings and desires, it is reduced to them; it becomes a mechanism that grants permission to act on them. [19] If an individual can change his moral feelings or beliefs in such a way that he feels as right what he desires in this moment, these new beliefs would make those desires right. Theoretically, in individual relativism there would not be moral dissents between persons although they reach to opposite practical conclusions when applying their individual moral convictions to a situation.

Then the question is if it is possible to accept conscientious refusal in a so relativistic context. An immediate theoretical answer could be “yes”, with the following reasoning as an example:

- (a) It is not necessary for an organization or State to accept these specific principles on which a conscientious objection is based, but in a context of individual relativism, it has to accept that always there are some principles on which an objection could be based.
- (b) It has to accept that an individual can sustain principles determining that it is against his conscience to act in a given particular way.
- (c) Therefore, it has to accept that the person objects in conscience.

However, this reasoning merits a close analysis.

Individual relativism leaves little space for conscientious objection, since, in practice, the acceptance of a conscience-motivated objection needs justification. In order to be excused from an obligation required by a law, regulation or accepted practice, there has to be an argument satisfying some authority, organization or the State. In other words, the justification needs to be acceptable for someone else besides who objects it. Personal feelings are a very weak base to justify a conscientious objection, particularly in issues referring to duties toward others. To avoid reasons that might be considered as trivial or contrived, a relativist individual must have to find a substitute of his feelings that admit a reasonable argument. In order to achieve this, he has to refer to an actual situation or a separated principle that leaves unresolved the basic theoretical enigma of individual relativism.

Frequently, a relativist will appeal to legal issues of this case to argue a conscientious objection, maybe ignoring that legal systems ground in concepts of right and wrong that are external to specific individuals. These concepts can be buried under several levels of theoretical and technical issues, but nevertheless, have clear and defined principles.

In practical terms, a relativist can find ways to address and solve issues exposed by conscientious objections through other mecha-

nisms that does not invoke the existence of a reasonable conscience. The price paid is that those ways would be *specific*, at best, and highly manageable, allowing them to be open to subjective interpretation, but promotes its abuse, both by the opponents and those who have been assigned with their cases. Briefly, a conscientious objection in a relativist seems to be logically unacceptable, but there could be some practical ways to sustain it.

3. Cultural relativism and conscience

Cultural moral relativism sustains that moral principles are based on the individual's culture and, thus, these are subject to the individual's election. [21] Consequently, moral truths only have value for the cultures accepting them. Facing the existence of moral codes with broad differences, cultural moral relativism seems to be a natural conclusion to serve as the basis of moral systems. [29]

Moral relativism argues that (I) since different societies have different moral codes, there cannot be an objective morality, and (II) in order to maintain a peaceful social fabric, each society needs to establish agreements regarding its own moral code. [15] However, the first argument has no logical sustain; for example, societies have different opinions regarding the best practices in medicine and this fact does not lead to the conclusion that there is no objective opinion about which is the best medical practice. In addition, if the argument was right, then disagreements as regards relativism must be considered as disapproving. With respect to the second issue, the idea of adopting a morality code by popular consensus faces the logical problem of how a system can make moral assertions mandatory. [30]

Husserl does not deal with cultural relativism, but his arguments on specific relativism can be used to address the cultural moral relativism if, instead of "human species" and "man" we use the term "culture", as well as other appropriated changes. He ex-

plains: “However, instead of such a subject [rational being] we make some contingent *species* of judging beings the pivot of our relations, we achieve a new form of relativism. Man as *such* is then the measure of all human truth. Every judgement whose roots are to be found in what is *specific* to man, in the constitutive laws of man as species is a true judgement, for us human beings. To the extent that such judgements belong to the form of common human subjectivity, the term ‘subjectivism’ is in place here too (in talk of the subject as the ultimate source of knowledge, etc.) It is best to employ the term ‘relativism’, and to distinguish *individual* from *specific* relativism. The restriction of the latter to the human species, stamps it as *anthropologism*.”[27]

His criticism follows this line “Specific relativism makes the assertion: Anything is true for a given species of judging beings that, by their constitution and laws of thought, must count as true. This doctrine is absurd. For it is part of its sense that the same proposition or content of judgement can be true for a subject of the same species [...], but may be false for another subject of a differently constituted species. The same content of judgement cannot, however, be both true and false: this follows from the mere sense of ‘true’ or ‘false’. If the relativist gives these words their appropriate meaning, his thesis is in conflict with its own sense. ‘Truth for this or that species’, e.g. for the human species, is, as here meant, an absurd mode of speech. It can no doubt be used in a good sense, but it then means something wholly different, i.e. the circle of truths to which man as such has access.”[27]

If truth is relative from the cultural point of view, then there might be communities making radically different and opposed statements on the same proposition. For example, the moral judgement “suicide is morally right” could be considered as truth when it is valid for a group and false for other group not granting validity. This argument is unacceptable, the same proposal cannot be true and false at the same time. Different groups can offer evidences sustaining their opinions, but the justification of a statement is

an issue different from its logical coherence. Cultural groups can express different arguments when speaking of “suicide”, in which case moral judgement can be true for a community and false for another, but this fact does not constitute a relative truth since both arguments refer to different issues.[15]

It has to be mentioned that relativists affirming that morality origin are the society cultural values give little or no space to social moral reforms not allowing individuals to change their moral perspective. Thus, it is difficult to explain the historical changes of extended social practices such as slavery, racial discrimination, the attribution of a lower status to women, etc. In a context of social relativism, the change in the acceptance of these practices, in different times and different places, would have been very difficult or impossible. Likewise, cultural relativism would have had a very limited space for any concept of conscientious objection since nobody would have had the allowance to contravene the norms of their own culture.

Cultural relativism is widely accepted in western societies. This is supported by relativist concepts of conscience that emphasize the advantages of offering a structure to define the ethically appropriate limits of conscientious refusal and refraining from imposing religious or moral beliefs to others. These concepts of contemporary relativism guarantee a more detailed analysis.

4. Contemporary moral relativism and conscience objection

4.1 Two principles of action

The examples of conscience concept redefinition in our culture given in the *Introduction* include the belief that our actions should not harm others and that the autonomy of all individuals should be respected; these are proposed as general principles transcending

cultures. An idea, almost universally accepted, is that our actions should not harm other principles that everyone follow and invoke to refute the conscientious objection in some cases, as mentioned before. In practice, it has the category of an initial principle of moral action. The concept of “harm” has a definition in English and several synonyms, but the idea of “it is harmful for others” frequently has an incomplete definition and there is only a consensus that might refer to the negative physical or psychological effects of our actions on others. Thus, our relativistic culture allows to refute conscientious objections based on a general principle which definition is founded on the concept of fuzzy logic about what is “harmful for others”, which accept degrees of truth. [31] This lack of clarity allows an ad hoc categorization of actions as harmful in a relativistic culture. The purpose of this debate is not to question the principle of do not harm others, but to expose a lack of coherence in the cultural perception of the concept of “harm to others” that has an effect both on the meaning of conscience and in conscientious refusal.

Another idea in our culture that also has the status of fundamental principle is the need to respect autonomy of the person(s) affected by an action. Autonomous agents have self-determination and our cultural perspective of autonomy of an individual agent in a particular issue is based on the fact that he or she on its own can carry out its actions, and thus, in our culture there is a close link between being an agent and have autonomy. [32] In spite of this link, it is possible that an agent has no self-determination because of the lack of control of the forces driving him to decide what he have to do, for example, in the case of mental manipulation, adictions, etc., when its autonomy is affected. Likewise, it is accepted that actions are conditioned by past and present circumstances over which an agent has no control.[32] This reveals an essential issue with the concept of autonomy based in an agent, which mainly consists in the lack of consensus on influences preventing self-determination, in other words, there is a lack of clarity of the

features of the autonomous agent.[32] On the other hand, an individual can have self-determination without having the ability to distinguish between right and wrong in a cultural context; thus, an autonomous agent can do something wrong from the cultural point of view without being responsible for such action. [32] This analysis does not pretend to falsify the idea of autonomy, but to expose a prevailing perception in the culture that is loaded with basic inaccuracies and limitations and, despite this, it is used to deny the validity of conscientious objection. In words of Husserl, these examples reveals how absurd is the fact that general acceptance of an idea by a society constitutes the basis to consider it as true, as cultural relativism propose.

The present analysis has nothing to do with language limitations, but with demonstrating that, in a relativistic environment, it is somehow legitimate to neglect these limitations, which opens up the possibility to change the meaning of the concepts in the interest of an adaptation to specific cultural frameworks. Thus, it is not surprising that, frequently, these two widely accepted ideas are used in contemporary cultural relativism to present conscience-motivated objections.

4.2 The non-relativism of contemporary relativism

Robert P. George, McCormick Professor of Jurisprudence at Princeton University, in his book *Conscience and Its Enemies*, [33] comments on the non-relativism posture of contemporary relativism. Hew reasons that, in fact, moral relativists make moral statements about truth. In the context of the present work, some examples would be the arguments exposed by Charo [5] and Savulescu [6], as well as the principles of doing no harm to others and respect for personal autonomy. Many relativizar affirm to act in name of the rights of conscience, which raises the problem that an idea of conscience defined in the context of a specific type of relativism

could lead to conclusions unacceptable to others who do not support the same ethical opinions. Frequently, people with opposite postures in debates on the meaning of conscience profess to defend its integrity and the appropriate exercise of conscientious refusal.

To illustrate this argument, Professor George [33] makes a retrospective of the philosophical history of the precept of conscience exposed by John Stuart Mill and John Henry Newman. In Mill's opinion, "the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilized community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not sufficient warrant. He cannot rightfully be compelled to do or not to do so, because it will make him happier, because in the opinion of others, to do so would be wise, or even right." [34, p. 13]

Mill openly expresses the grounds for this assertion: "It is proper to state that I forego any advantage which could be derived to my argument from the idea of abstract right, as a thing independent of utility. I regard utility as the ultimate appeal on all ethical questions: but it must be utility in the largest sense, grounded on the permanent interests of man as a progressive being." [34] Clearly, even in Mill's opinion, the evaluation of utility will depend on how a cultural context understands man's progress. Despite the acceptance, somewhat implicit, of Mill about moral relativism, he proposes an ultimate principle of ethical action that is the basis of a moral philosophy: an action is right if it successfully maximizes overall happiness within oneself and one's society. [35] Also, in this case, the evaluation of an action will depend on the perception of happiness and how it is measured by a society.

Newman, in turn, states: "Conscience has rights because it has duties; but in this age, with a large proportion of the public, it is the very right and freedom of conscience to dispense with conscience. Conscience is a stern monitor, but in this century it has been superseded by a counterfeit, which the eighteen centuries

prior to it never heard of, and could have not mistaken for it if they had. It is the right of self-will.” [36, p. 250] For Newman, conscience identifies duties of conformity with moral laws, not permissions to act allowed by feelings or emotions; its essential standard is the Divine Law. [36] His moral philosophy is based on an idea of the good that transcends man and society. The right to follow an individual’s conscience and the obligation to respect the individual’s conscience come from the duties that people have (no necessarily want) and not because people are absolutely autonomous can make whatever they want. [19] Mill and Newman coincide in the universal presence of moral judgments in human beings, and that conscience must judge according to some standard(s) not exclusive of the individual. However, as above-mentioned, Mill’s opinion of conscience is founded on philosophical ideas radically different from Newman’s ideas, leading to totally different perspectives about the nature of moral judgements and the principles that guide them.

The divergent opinions of Mill and Newman support explanations that can oppose one another and lead to moral controversy as those frequently found in the area of health care; an example is the case of abortion. In Mill’s utilitarian system, abortion is permissible, even required, in conscience, if it maximized the overall happiness of an individual and society. The purpose is not to discuss Mill’s position on abortion, but to point out that the application of their “Greatest Happiness” principle will depend on the perspective of abortion of the society majority, which makes its evaluation relative to the culture. For Newman, in turn, Divine Law never permits abortion, although a person with what he considers an erroneous conscience, may think it is permissible under certain circumstances.

The comparison of the opinions of Mill and Newman demonstrates that incompatible moral convictions arise from different principles. The subject of abortion illustrates the fact that the perspective of Mill and Newman comes from their basic ideas

about the standard of morality. This is a good reason to subject practical ethical evaluations to critical and reasoned discussions of the fundamental moral ideas from which they come, and not just accept or impose them as cultural dogmas to which everyone has to concede.

A comparison between Newman's moral system and a relativistic moral system that considers abortion permissible would demonstrate that the latter is not neutral from the moral point of view. The permissibility of abortion will be based on specific ethical principles that support practical judgments about right and wrong; in simple words, it will be another moral theory, not a position capable of adopting different moral perspectives. Therefore, moral relativism should not claim the privileged space of a higher orthodoxy over other moral theories, support that there are no rules determining right and wrong, or that definition of what is right or wrong according to the cultural context makes relativism a theory that does not admit reasonable criticisms or challenges like any other.[2]

4.3 Moral relativism and conscientious objection

Moral relativists should accept that their opinions, like those of other moral philosophers, contain precepts and prohibitions based on principles, and should therefore not insist a priori that these principles must be accepted as hard truths. Ruth Benedict was a well-known proponent of cultural relativism. [37] By exploring the idea of "abnormal", she performed analyses in several groups of people, whose cultures included social behaviors and customs unacceptable in Western culture, and concluded that "normality is culturally defined." [38] This idea was then carried on the ethics field: "We recognize that morality differs in every society, and is a convenient term for socially approved habits". Even accepting that her descriptions and interpretations of the differences between

cultures were correct, to extrapolate them to ethics asserting: “The concept of the normal is properly a variant of the concept of the good”, is not a conclusion from her cultural studies, but a postulate added to her social theory. Benedict’s ethical relativism is declared by affirming: “Just as we have been handicapped in dealing with ethical problems so long as we held to an absolute definition of morality, so too in dealing with the problems of abnormality we are handicapped so long as we identify our local normalities with the universal sanities. [38] This is simply an attempt to reduce morality to social customs based on a particular psychologism; the statement is an interpolated principle of a social theory, not a conclusion from observations.

Self-perception of some moral relativists as holders of unquestionable opinions is in reality a self-deception. [39] Persons with this posture have been described as “hardly relativists! I often wish they were. They are moralists moralists on a mission. The mission is to shape political and social life, and to the extent possible, individual belief, in line with their passionately held moral convictions.” [...] “These are not people who deny that there are moral truths. On the contrary, these are people who affirm that there are moral truths and are so certain that they understand them correctly that they are willing to impose them on society.” [39, p. 19]

Specifically, the evaluation of conscientious objection from a perspective of the relativistic moral philosophy defined by a set of assumptions must be preceded by a discussion of the principles of that moral theory and should not assume that an objection must conform to them without a reasoned argument. For example, the need to respect the autonomy of patients is an argument raised against conscientious refusals exposed by doctors when performing or not specific procedures; it is an idea that few will question. However, a detailed analysis of reasons exposed for the ruling of the United States Supreme Court in the case *Planned Parenthood vs. Casey*, [4] the Opinion *The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine* of the American College of Obstetrics and Gynecology

[7] and the State of Victoria's *Abortion Law Reform Act 2008* [10] show that respect for patient autonomy is elevated to a supreme principle of moral action without an adequate explanation or justification. This is an added principle based on a concept of conscience that differs from those previously accepted in the Western philosophy and legal systems. Its transcendent consequences for the preservation of moral integrity of individuals, and in particular, the right to conscientious objection, require previous reasoned debates going beyond simple promulgations or definitions de conscience.

5. Conclusions

In the present study, many analyses are based on logical arguments. The work does not intend to give precedence of logic over epistemology or moral philosophy, but it is essential for any theory to be formulated with clear and reasoned principles, and to have internal consistency. No concepts or arguments with inconsistencies can be accepted as foundations of a moral theory. This article reveals internal problems of logical consistency in moral relativism that must be solved before relativism can be proposed as the universal ethical reference to evaluate human actions and, in the case in question, to evaluate the morality of conscientious objection.

Moreover, an analysis of the precepts of current cultural relativism shows that it is much less "relative" than presented, and in fact, it is a cultural moralism based on different assumptions about man and society than those previously proposed moral theories. A specific consequence is that these principles generate notions of conscience that often change its role and devalue its importance in ethical behavior, and get apart from traditional opinions based on what is appropriate for human beings.

In general, ethical evaluation of conscientious objection, and in particular, the refusal of compliance with laws, regulations or acce-

pted practices, must be done with reference to the basic principles of moral philosophy. Some assumptions in the contemporary relativistic culture about the respect for the integrity and autonomy of individuals make it almost impossible for objections motivated by conscience to align with the ethical principles of this moral relativism. As a consequence, conscientious objections can be easily denied in this context.

Therefore, if conscience-motivated objections are not consistent with a relativistic cultural context, it is misleading to consider that this personal right would be protected and enforced against the imposition of laws or regulations considered as unjust.

Bibliography

- ¹ Brownlee K. Civil Disobedience. In: Stanford Encyclopedia of Philosophy. Stanford (CA); 2013 (Accessed 26.11.2015, in <http://plato.stanford.edu/entries/civil-disobedience/>).
- ² Westacott E. Moral relativism. In: The Internet Encyclopedia of Philosophy. Martin (TN); 2013 (Accessed 26.11.2015, in <http://www.iep.utm.edu/moral-re/#SH2b>).
- ³ Hill TE. Human Welfare and Moral Worth: Kantian Perspectives. Oxford: Clarendon Press; 2002.
- ⁴ Supreme Court of the USA. Planned Parenthood vs. Casey. Washington DC:505 U.S. 833;1992.
- ⁵ Charo RA. The celestial fire of conscience Refusing to deliver health care. New England Journal of Medicine 2005; 352:2471-2473.
- ⁶ Savulescu J. Conscientious objection in Medicine. British medical journal 2006; 332: 294-297.
- ⁷ American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine. Washington DC: Committee Opinion No. 385, 2; 2007.
- ⁸ Ross WD. Foundations of Ethics. Oxford: Clarendon Press; 1939:81-86.
- ⁹ Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 5th edn. New York: Oxford University Press; 2001.
- ¹⁰ State of Victoria. Abortion Law Reform Act 2008. Melbourne: Victorian Current Acts 58; 2008.
- ¹¹ Delmas C. Political resistance: A matter of fairness. Law and Philosophy. 2014; 33:465-488.
- ¹² Raz J. Legal Rights. In Ethics in the Public Domain. Oxford: Oxford University Press; 1994:254-276.

- ¹³ Mackie JL. Can there be a right-based moral theory? *Midwest Studies in Philosophy* 1978; 3:350-359.
- ¹⁴ McInerney R. Saint Thomas Aquinas. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2014 (Accessed 26.11.2015, in: <http://plato.stanford.edu/entries/aquinas/>).
- ¹⁵ Gowans C. Moral relativism. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2008 (Accessed 26.11.2015, in <http://plato.stanford.edu/entries/moral-relativism/#ForArg>).
- ¹⁶ Foot P. Moral Relativism. In: Foot P (ed). *Moral Dilemmas and other Topics in Moral Philosophy*. Oxford: Oxford University Press; 2002:20-36.
- ¹⁷ Stevenson CL. *Facts and Values: Studies in Ethical Analysis*. New Haven: Yale University Press; 1963:71-94.
- ¹⁸ Levy N. *Moral relativism: A short introduction*. London: One world Publications; 2002:32-53.
- ¹⁹ George RP. What "Conscience" Really Means. *National Review Online*. Interview by K. J. Lopez. New York; 2013 (Accessed 26.11.2015, in: <http://www.nationalreview.com/node/353233/print>).
- ²⁰ Rouse ST. Professional autonomy in Medicine - Defending the right of conscience in health care beyond the right to religious freedom. *Linacre Quarterly* 2012; 79:155-168.
- ²¹ Swoyer C. Relativism. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2013 (Accessed 26.11.2015, in <http://plato.stanford.edu/entries/relativism/#1.2>).
- ²² Seifert JM. From relativism and skepticism to truth and certainty. *International Academy of Philosophy*. Liechtenstein; 2010 (Accessed 26.11.2015, in: <http://www.leaderu.com/truth/1truth14.html>).
- ²³ Wendel WB. Teaching ethics in an atmosphere of skepticism and relativism. *Cornell Law Faculty Publications*. Ithaca (CO); 2002 (retrieved on 26.11.2015, at: <http://scholarship.law.cornell.edu/facpub/494>).
- ²⁴ Guerra Lopez R. Love the truth, the whole truth, and the truth about everything. Interview with Josef Seifert. *Open Insight* 2014; 5:303-342.
- ²⁵ Sinnott-Armstrong W. Moral skepticism. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA); 2011 (Accessed 26.11.2015, in <http://plato.stanford.edu/entries/skepticism-moral>).
- ²⁶ Hanna R. Husserl's arguments against a Logical Psychologism. In: Mayer V.(ed) *Edmund Husserl: Logische Untersuchungen*. Berlin: Akademie Verlag; 2008.
- ²⁷ Husserl E. *Logical Investigations*. Vol 1. Abingdon: Routledge; 2008.
- ²⁸ Drummond JJ. Moral objectivity: Husserl's sentiments of the understanding. *Husserl Studies* 1995; 12:165-183.
- ²⁹ Blackburn RL. Cultural relativism in the universal. *Periodic Review of the Human Rights Council*. Working Papers 2011/3. Barcelona: ICIP; 2011 (Accessed 26.11.2015, in: http://www.uprinfo.org/sites/default/files/generaldocument/pdf/blackburn_upr_cultural_relativism.09.2011.pdf).
- ³⁰ Howson A. Cultural relativism. *EBSCO Research Starters*. Ipswich: EBSCO Publishing; 2009 (Accessed 26.11.2015, in: <http://www.ebscohost.com/uploads/imported/thisTopic-dbTopic-1247.pdf>).

³¹ Hajek P. Fuzzy logic. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Stanford (CA); 2010 (Accessed 26.11.2015, in: <http://plato.stanford.edu/entries/logic-fuzzy/>).

³² Buss S. Personal autonomy. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Stanford (CA); 2013 (Accessed 26.11.2015, in: <http://plato.stanford.edu/entries/personal-autonomy/>)

³³ George RP. Conscience and Its Enemies. Wilmington: ISI Books; 2013:8-11.

³⁴ Mill JS. On Liberty and Other Essays. Oxford: Oxford University Press; 1994.

³⁵ Heydt C. John Stuart Mill. The Internet Encyclopedia of Philosophy. Martin (TN); 2006 (Accessed 26.11.2015, in: <http://www.iep.utm.edu/milljs/>).

³⁶ Newman JH. Certain Difficulties Felt by Anglicans... A Letter Addressed to the Duke of Norfolk. London: Longmans, Green & Co; 1897.

³⁷ Benedict R. Patterns of culture. New York: Houghton Mifflin; 1934:218-240.

³⁸ Benedict R. Anthropology and the abnormal. J Gen Psychol. 1934; 10:59-82.

³⁹ George RP. Robert P. George takes Students' Questions. Intercollegiate Review. Wilmington; 2013 (Accessed 26.11.2015, in: <https://home.isi.org/robert-p-george-takes-students-questions>).

Una vacuna segura y convincente. Consideraciones ético-narrativas en tema de salud pública

Paolo M. Cattorini

Resumen

El significado de términos históricamente importantes, como higiene, salud pública, medicina de las comunidades; se ha vuelto controvertido, vago e incluso contradictorio en el contexto actual, en el cual el paternalismo ha fenecido, un diálogo exigente es requerido entre biomedicina y humanidades, y en el cual la noción misma de práctica clínica atraviesa una crisis profunda. Son presentados y comentados en este artículo dos recientes películas que representan las preocupaciones ético-psicológicas y los dilemas morales de los personajes (profesionistas o comunes usuarios). La finalidad de la decisión estilístico-expositiva, realizada por el autor, es la de encender una renovada atención hacia los valores en conflicto y de favorecer una justificación racional de las opciones sanitarias, tanto a nivel individual como público. La narración es una componente imprescindible de los criterios y métodos decisionales, también en materia higienista, y por tanto es considerada y elaborada con propiedad y competencia.

Palabras clave: higiene, cine, seguridad/incolumidad, salud pública, bioética narrativa, persuasión.

Universidad de los Estudios de la Insubria, Escuela de Medicina, Varese, Italia.
Título original: "Un vaccino sicuro (*safe*) e convincente (*persuasive*). Considerazioni ético-narrative in tema di sanità pubblica".
Publicado en la revista *Medicina e Morale* 2016/3: páginas 243-273. La traducción no ha sido revisada por el autor.

1. ¿Qué cosa es la salud pública?

Un profano que busque la definición de *higiene* en un diccionario común, encuentra nociones como la siguiente: rama de la *medicina* que se ocupa de enseñar y realizar medidas individuales y colectivas dirigidas a salvaguardar la salud psico-física de la comunidad, especialmente previniendo el surgimiento y la difusión de enfermedades infecciosas. Por higiene se entiende por tanto la *ciencia* —generalmente las disciplinas básicas que describen o explican los fenómenos en objeto— o bien la *práctica* que sugiere ciertas medidas de vida y alimentación o que organiza y realiza procedimientos médicos de contención de las patologías. El lector recibe indicaciones también de un tipo diverso: higiene sería la *condición* de grupos o individuos, la condición más idónea para no contraer enfermedades. En este caso se refiere a la salubridad de climas, ambientes, equilibrios metabólicos. Y bien, estos antiguos términos (sanidad, higiene, medicina de comunidad y similares) dan por descontadas todas las diferentes dificultades en orden a la atribución de un significado convincente y coherente.

Los motivos son varios. El *pluralismo moral* ha multiplicado y fragmentado las tradicionales ideas de vida “sana”, desvelando las contrastantes dimensiones normativas del concepto y poniendo en discusión la univocidad del modelo de “bienestar”, que connota inevitablemente la noción de salud. Si existe debate o incluso abierto conflicto sobre qué cosa signifique la dignidad del vivir (pensemos en los dilemas bioéticos del inicio y fin de la vida), es comprensible que existan otras ampliaciones a propósito de ciertos parámetros higiénicos, dado que algunos (pensemos en quien sigue una alimentación vegana o rechaza tout court (simplemente) las vacunaciones) privilegian exigentes valores existenciales, relativizando otros bienes, como precisamente la salud física, o corriendo el riesgo de contraer patologías (en cierta medida) evitables.

El *ocaso del paternalismo* sanitario además ha sustraído a los especialistas la competencia última en la indicación de cuál sea el preva-

lente interés sanitario de individuos o comunidades. Definamos paternalismo como la idea de que operador o un ente sanitario, en base a su competencia y experiencia, tenga derecho a decidir por sí sólo en nombre del bien del enfermo, en nuestro caso (salud pública) de una colectividad de ciudadanos (que podrían enfermarse), sin instaurar con los así llamados “profanos” un diálogo, a través del cual comprender cuáles sean realmente las preferencias según los valores de los beneficiarios o incluso transgrediendo las convicciones, en las cuales los sujetos creen, con tal de realizar aquella que se considera ser la verdadera, o sea la más pertinente, eficaz o eficiente indicación o *policy* en tema de *public health care*.

Los “profanos” reivindican hoy un legítimo derecho de autodeterminación (que evoca el *principle of respect for autonomy*) tanto en la cualificación de los fines, cuanto en el acondicionamiento de los medios destinados a las terapias, prevención, rehabilitación, alivio de las condiciones patológicas individuales o colectivas. Sólo a través de una preliminar comunicación (que colme la divergencia entre opinión pública y especialistas) es hoy juzgada legítimamente practicable la preparación de una decisión compartida, no infantilizante ni corporativa.

Un discurso similar abarca también el aspecto interdisciplinar de las *policy* en tema de salud pública. Entendemos por *interdisciplinariedad* el recurso a perspectivas disciplinares diferentes, no simplemente para unir las unas a las otras (esta sería la simple pluridisciplinariedad, en la cual se ve un cierto problema desde diversos lados) mas para hacerlas interactuar entre ellas, buscando intercambiar o mejor traducir recíprocamente los muchos puntos de vista. El esfuerzo que el higienista debe realizar es el de leer los propios datos desde una óptica diferente (naturalista y humanista) y, viceversa, interpretar, gracias a sus tradicionales competencias, los datos provenientes de otros ámbitos, con el fin de promover una sinergia y producir un enriquecimiento dialéctico.

Se piense en el problema del *estilo alimenticio*. La pregunta sobre si sea aconsejable un cierto régimen nutricional no puede recibir

respuesta de una sola ciencia, supongamos de la epidemiología, la cual documenta la mayor frecuencia de accidentes vasculares en comunidades que consumen en su dieta altas cantidades de grasas “peligrosas”. De hecho aún si se puede razonablemente aducir la prueba estadística de un nexo causal, el impacto de la transformación comportamental (que se quiera inducir en la dieta) comporta la recolección de indicaciones más variadas y complejas, de orden internista, nutricionista, psicológico (las vivencias de los ciudadanos, su *compliance*), sociológico (las tradiciones alimenticias familiares en relación a la autorepresentación de los grupos), cultural, ético-jurídico (el respeto de minorías que por motivos ideológico-religiosos excluyen o amplifican el recurso a ciertas sustancias alimenticias). Sólo si las diversas disciplinas se sientan en la misma mesa, confrontan y hacen dialogar sus perspectivas, buscando conceptos y criterios intermedios (que permitan reinterpretar éticamente los datos de la ciencia y de cimentar a la prueba de los hechos las teorías ético-culturales), es posible lanzarse en modo más maduro hacia la solución de un problema biomédico, como el nutricional, que tenga profundas resonancias en la existencia de los individuos y en las decisiones políticas de las comunidades.

La última razón de desorientación, que aquí brevemente mencionamos, gira en torno a la *incierto identidad de la medicina* (de individuos o de comunidades), la cual es aplastada por un pesado dilema ético-profesional de fondo y no logra tomar una posición transparente, definitiva y argumentada a propósito de la opción entre la tradicional finalidad hipocrática (usando la jerga de la literatura internacional: *doing no harm, relieving suffering, caring for illness*) y la iatro-técnica (*body enhancement, transhumanistic self-rebuilding, psycho-physical performance-improvement*). En el primer caso la higiene incrementa y coadyuva simplemente los recursos y respuestas orgánicas o grupales capaces de reaccionar al ataque de una *noxa* (elemento nocivo) patógena; en el segundo caso la técnica sanitaria satisface los requerimientos de mejoramiento o modificación corpórea (con finalidades estéticas, reproductivas, ideológicas, religiosas, de imagen)

presentadas por un usuario (individual o asociado) libre, informado y competente.

El ejemplo más clamoroso (y muy cercano a las problemáticas de salud pública) se ha vuelto el del *doping*, una práctica muy frecuentemente aborrecida con rimbombante retórica, pero ampliamente difundida no sólo por los intereses comerciales conexos, sino por la dificultad de aportar una crítica racionalmente argumentada [12-13]. Los defensores del doping (más exactamente, quienes sostienen una normativa liberal en esta materia) han explicitado sus tesis. No existiría un embrollo desleal, si hubiese un permiso público de utilizar sustancias dopantes (certificando su prescripción); el daño a los atletas (por otra parte presente en muchos deportes riesgosos o extremos, que son no obstante permitidos desde hace tiempo) debe ser demostrado caso por caso y no puede justificar prohibiciones paternalistas (además del hecho de que el doping, realizado clandestinamente, implicaría más peligros del despenalizado); el riesgo de emulación (o sea de inducir sobre todo a los jóvenes a imitar la conducta del atleta famoso que haga uso de sustancias) está por desgracia ya presente en la exasperada competencia (en el concurso y en el entrenamiento) de los deportes de élite. Por lo demás, el mal ejemplo ofrecido por la sociedad a los sujetos más inmaduros o vulnerables, a propósito del uso de caféina, alcohol o tabaco, no ha producido necesariamente leyes prohibitivas. En fin, la calificación de artificiosidad del doping elimina la vaguedad de la noción de natural/normal en una sociedad pluralista como la nuestra (por lo demás ninguno condenaría los zapatos de clavos usados por ciertos atletas como una afrenta a la “naturalidad” de la deambulación).

A estas objeciones se puede (según nuestro parecer, se debe) replicar, pero no ciertamente reiterando lugares comunes tradicionales, ni imponiendo *normas deontológicas* abstractas, pretenciosas, ambiguas e incluso contradictorias, en la medida en la cual éstas por un lado proscriben el doping y por otro legitiman la así llamada medicina de “potenciamiento” con unas simples condiciones,

entre las cuales está (además de cautela, proporcionalidad, competencia, corrección informativa del médico) el consentimiento escrito del sujeto “potenciado”.

La ética en salud pública tiene por tanto necesidad de *reconsiderar su propio lenguaje* original. Para tal fin nos proponemos en este artículo comentar algunas tramas cinematográficas, en las cuales los deseos de los ciudadanos, comunidades, grupos sociales; se entrecruzan con las competencias higiénico-sanitarias, documentando los valores culturales (y por tanto parcialmente controvertidas) de las palabras-clave utilizadas (seguridad, salud, incolumidad, medicina). El deseo es que también en salud pública sea descubierta la riqueza de la *narrative medicine* [16] y más en general de las *medical humanities*, con el fin de preparar un debate público maduro y una decisión motivada en orden a las estrategias técnico organizativas (vacunaciones, campañas informativas, acciones preventivas, etc.), que atraen muchos recursos, los cuales podrían ser colocados en otra parte o —aún quedando en estos ámbitos— podrían ser usados con mayor consciencia y pertinencia en relación a sus fines humanos y sociales.

Nos damos cuenta que el comentario a textos, una práctica común a la crítica literaria, introduce una innovación al *género estilístico* del ensayismo en tema de medicina social, por cómo es normalmente desarrollada, y sin embargo esta innovación formal produce, según nuestro parecer, una oportuna focalización sobre los aspectos ideográficos, existenciales, personales, biográficos de la experiencia de la enfermedad, del tratamiento y la prevención, aspectos sin los cuales las opciones sanitarias corren el riesgo de no ser comprendidas, aprobadas y realizadas por los actores morales cotidianamente implicados [17-19].

2. La película “Hungry Hearts”

¿De qué cosa tiene miedo un ciudadano, un usuario de los servicios sanitarios, cuando combate un ambiente que considera nocivo,

peligroso, *unsafe*, y busca aliados (entre los profesionales de la salud) en su propia guerra cotidiana? Exploramos este interrogante, tomando como punto de partida una canción, que resulta decisiva, en el suceso cinematográfico que ahora comentaremos.

«Tu si' 'na cosa grande pe' mme; 'na cosa ca me fa nnammura' ...» ¡Eres una cosa grande para mí! Esto canta Domenico Modugno, musicalizando el texto de Roberto Gigli (1964). Pero luego se pregunta por qué su hambre de amor no recibe una respuesta explícita: «pecchè nun m"o ddice ... pecchè non m"o faje capi' ... dillo ca me vuoi bene». ¿Por qué no me dices que me quieres como yo te quiero? El amor erótico, pero también el amor por un hijo o por una madre, no pueden descansar sin un reconocimiento. Las palabras de la pareja no bastan. No bastan ni siquiera los gestos concretos, los actos de amor. Es necesaria una *promesa*, el signo de una confianza recíproca: déjame estar cerca de ti, tener un hijo de ti y criarlo, contigo. Qué cosa sea la alianza terapéutica, qué cosa quiera decir afecto, qué cosa signifique proteger un hijo, cuáles enigmas morales esconda la maternidad, qué cosa implique prevenir la contaminación ambiental, qué tipo de salud se ha de promover en referencia a quien está por nacer y en general para las generaciones futuras, qué sentido tenga proclamarse defensores de la higiene pública: todos estos pensamientos y emociones son indagados por el cine. El cine está hambriento de respuestas no banales y por otra parte no posee doctrinas universales o al menos suficientemente generales (y verificables a través de un experimento objetivo) como las especialidades médicas. Los autores del cine nos dejan sin embargo preciosas migajas de narración (en la forma por ejemplo de casos clínicos, de historias de salud pública), fragmentos indigestos pero reveladores, como imágenes abiertas, que nuestras retinas deben llenar, mientras se enciende la sed de otras visiones, de nuevos proyectos de intervención sanitaria. Está en juego un sentido para existir y para atender: «Je me ne moro accussi, guardanno a tte». Sí, puedo morir, mirándote.

Mina, italiana, e Jude, americano, se encuentran en un feo lugar, el incómodo baño de un restaurante chino, pero se desprende una fulgurante historia de amor. Ella queda embarazada (menos convencida que él). Seguirá el matrimonio. El embarazo se resiente por el estilo alimenticio y por la esbeltez de ella. Nace un bebé, a través de dolores y trabajos fatigosos, primero en agua y luego por cesárea, debido a complicaciones. Comienzan las tormentosas dudas de Mina, que quiere proteger a su hijo de impurezas, contaminaciones y contactos de riesgo, porque se trataría, según el parecer de una vidente contratada, de un ser especial, un niño “indigo” Encestrado en casa, alejado de cualquier fuente de luz, alimentado según principios veganos y con horarios rígidos, hiper-controlado sobre el plano higiénico, nutrido con escasos alimentos, entre los cuales semillas oleaginosas y pocas hortalizas cultivadas en la terraza del departamento, el pequeño se encuentra, como era previsible, con dificultades de crecimiento, que los médicos documentan fácilmente. Crece la tensión con el marido (que contacta a escondidas a los médicos y suministra al hijo alimentos homogenizados a base de proteínas animales) y con la suegra. Para arrancarlo de las obsesiones de Mina, Jude –habiéndolo consultado con una abogada– toma al niño consigo. Mina lo va a visitar a la casa de la abuela paterna, pero lo quiere de regreso y prepara contramedidas jurídicas... Esta es la trama de la primera parte de la película de Saverio Costanzo, *Hungry Heart*, Italia, 2014, con Alba Rohrwacher, Adam Driver, Roberta Maxwell, Al Roffe, Geisha Otero.

Del niño no sabremos el nombre, en todo el trayecto de la película. Lo que puede indicar dos cosas. Que el entourage (entorno) no logra tomar en consideración la efectiva originalidad personal del vulnerable huésped. O bien que el caso de ética clínica, aquí presentado, va bastante más allá de una historia concreta, y se expande a los comunes problemas deontológicos relativos a la asistencia de *todos* los niños; problemas que el higienista, el pediatra, el asistente social afrontan cotidianamente.

Cualquier operador sanitario, que haya seguido casos conflictivos de la primera edad evolutiva, habrá percibido el eco de las siguientes preguntas morales, que los padres se formulan (más o menos temáticamente) antes, durante o después del embarazo. ¿Estamos autorizados para tener un hijo? ¿Somos verdaderamente “dueños” de una decisión tan importante? Y en fin ¿poseemos garantías para lograr cumplir (también en el plano de la asistencia a la salud) una tarea tan alta como la de fungir de mamá y papá? [21] Tales interrogantes, que apremian a cada pareja, tocan en forma aguda a la familia *contemporánea*, frecuentemente aislada en su núcleo, empeñada en congestionadas agendas de trabajo, altamente exigente a propósito de la calidad de las relaciones internas. El hijo, acogido y atendido con inteligencia y premura, es deseado como el nuevo actor de un grupo, el cual desea una confirmación afectiva, una sonrisa de reconocimiento, una caricia grata, una palabra de aprobación. Si él está bien, si descansa tranquilo, si juega con entusiasmo, si toma con curiosidad, tiene el poder de tranquilizar a sus padres (y a los médicos), de ofrecerles razones de esperanza, de llenar un vacío de sentido, de constituir el puente hacia alianzas extendidas a parientes, otras parejas, la entera sociedad. Los padres de hoy, queriendo no caer en el antiguo paternalismo y evitar el ejercicio lejano de la autoridad, invierten mucho en términos de premura psicológica y domesticación tan parcialmente las inevitables inquietudes, ligadas al nacimiento de todo cachorro humano.

Engendrar un hijo de hecho, antes de ser el fruto de una serie de acciones planificadas con responsabilidad, se presenta como una posibilidad fascinante e imprevisible, que se abre a lo largo de una historia de amor. Contra el mito de la auto-plasmación individualista (acariciado y difundido por una medicina –incluso pública– inspirada por los mitos de la curación omnipotente y espectacular, del control total, del delegar a los técnicos, de la reducción biológica o de ingeniería de las decisiones), la experiencia de la filiación desvela en realidad nuestro lado pasivo: estamos movidos por *pasiones*, que encienden escenarios narrativos, a los cuales podemos

decir sí o a los cuales somos libres de sustraernos. Cualquiera que sea nuestra decisión (y el modo en el cual decidamos) a propósito de la generación, tendrá efectos de rebote sobre nuestra identidad de adultos; cambiará nuestro modo de vivirla como hombres o mujeres, como ciudadanos, como usuarios o profesionistas de la salud, como madres o padres, incluso como hijos o pacientes. Antes de constituir un derecho individual (a recibir tratamientos, a disponer de asistencia), la procreación exige la obediencia a un sentido del existir (encarnado en el bebé que viene), un sentido que no hemos inventado, pero que más bien apela a nuestra libertad y pide que nos inclinemos, que predispongamos un vientre, garantizar hospitalidad y fidelidad a quien se abrirá camino en el mundo a través de nosotros y más allá de nosotros, y nos pedirá protegerlo, acompañarlo en territorios y pensamientos jamás explorados, y en fin dejarlo partir, respetando decisiones quizá muy lejanas de las nuestras.

Sería reductivo interpretar las extrañas fantasías higienistas de Mina como banalmente irracionales y liquidarlas como síndromes psicopatológicos, para los cuales pide un tratamiento sanitario obligatorio o una desautorización de la potestad paternal. Tomemos el caso del “indigo”. Los *niños indigo* serían –según ciertas lecturas New Age (por otra parte no unívocas en su mismo interior)– los nuevos, inspirados maestros espirituales del tercer milenio. Ellos anunciarían un nuevo umbral evolutivo espiritual de la humanidad, ya madura por formas de socialización más pacíficas y respetuosas del eco-ambiente. Son definidos como niños sensibles, creativos, empáticos, rápidamente intuitivos, que pueden exhibir, junto a gestos de delicado contacto, también conductas agresivas si sus propios talentos no son captados, apreciados y valorados. Su “anormalidad” sería desconocida por los sistemas educativos y pediátricos occidentales, que los diagnostican y tratan utilizando –en formas aproximativas (tal es la denuncia “holística”)– categorías pedagógicas, criterios médicos e incluso fármacos (confundiéndolos

con sujetos hiperactivos sobre el plano motor y deficitarios en la atención).

No hemos podido ver todavía directamente la película *Indigo*, dirigida y producida por Stephen Simon, USA 2003 en el elenco se encuentra Neal Donald Walsch) y patrocinado por un *Spiritual Cinema Circle* que aporta mensualmente a sus suscriptores materiales en DVD sobre temas de neo-espiritualidad. Entre los argumentos, que son evocados, estarían los criterios para reconocer y cultivar los especiales atributos psicológicos y humanos de los niños índigo (*indigo*, en inglés). En la película realizada por Simon sería una niña dotada de esta salvífica aura azulada, Grace, que ayuda a la familia a través de sus extraordinarios dotes perceptivos, cognitivos, comunicativos (incluso con seres angélicos) y taumatúrgicos.

Y bien, se equivocarían la pediatría, la neuropsiquiatría infantil y la salud pública, si afrontasen estas bizarras representaciones culturales con los instrumentos de la pura bioquímica y con las armas de la psicofarmacología, sin elaborar los significados de orden ético-cultural contenidos. Antes de “explicar” en sentido determinista, sería necesario buscar “comprender” en sentido antropológico. Si se ve el documental *ADHR Rush Hour*, Italia-Alemania 2012 (dirección, sujeto y escenografía de Stella Savino), dedicado al así llamado trastorno por déficit de atención e hiperactividad, o si se lee la leal y dura autocrítica del psiquiatra Allen Frances (uno de los líderes de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico americano de los trastornos mentales, el DSM), viene la fundada sospecha de que la medicación excesiva y el énfasis sobre el paradigma biológico de enfermedad, acriticamente aplicado, devalúen los factores contextuales y biográficos del surgimiento de los síntomas. La inflación diagnóstica introduciría distorsiones en la eficiente (y humanamente sensible) práctica psiquiátrica. Una estrategia de medicina social (en la especificidad de “gestión” de la higiene mental), basada en listas de control, homogenizaría las diferencias individuales y haría evaporar la noción de normalidad, reivindicando a una técnica especialista el poder de gestionar el disgusto. Sujetos

que están simplemente a punto de enfermarse serían inducidos a recorrer a complicados procedimientos médicos y al consumo de psicofármacos, con los correspondientes riesgos y efectos colaterales.

Lo que reivindica Mina en la película tiene un sabor muy diferente. El *mensaje* que ella lanza puede ser decodificado de este modo: todo nacido es, a su modo, especial, es “índigo”, tiene un color milagroso y un potencial de desarrollo creativo, que han de defenderse de las contaminaciones de una sociedad homologante, apegada a la moda, y de una ecología intoxicada. Mina en cambio se ha equivocado en el aislarse, en el ceder a los charlatanes, en el tender al perfeccionismo, en el imponer un régimen médico, confundiendo como problemas biológicos (nutricionales, higiénicos, sanitarios) aquellos que son auténticos dilemas morales, relativos en primer lugar a la aceptación del límite y a la gestión madura del riesgo de vivir. Mina “secuestra” al bebé y lo daña, precisamente porque pretende sustraerlo (y sustraerse) al arriesgado contacto con el ambiente y a más amplias relaciones sociales.

¿Mina tiene *culpa*? Alguna quizá. Pero no es la única. ¿Dónde está el médico familiar? ¿Por qué los gestores de la salud pública no logran interceptar esta situación? ¿No existen grupos de autoayuda? ¿Cómo se da la comunicación entre obstetra, neonatólogo, internista y psiquiatra? La película no emite juicios perentorios. Mina es sobre todo sensible al dolor. Mina ha percibido, en su neurosis, antes y más que los demás los horribles perfiles del vivir: la prematura pérdida de su madre, la lejanía efectiva de su padre. Ciervos inocentes asesinados por juego exhibicionista. La feroz antipatía de la suegra («has enredado a mi hijo»). El ruido perverso de New York. El impulso indiferente del sexo. Una práctica médica mecánica, alarmista, agresiva, El aire contaminado y la comida envenenada. No hay por qué asombrarse que, en su soledad, emerjan *síntomas depresivos*, fobias de lo sucio y manías de persecución. Adalgaza, entra en la enfermedad mental y luego parece salir, por un momento, con su bebé, finalmente felices ante el mar, paseando en el mundo verdadero.

«Mina no está loca, es insólita» dice su compañero. La psiquiatría no tiene la última palabra sobre estas condiciones límite. Un gran estudioso de la infancia, Donald Winnicott, pediatra y psicoanalista, decía, por lo demás, que toda madre, suficientemente “buena”, desarrolla en el embarazo (y especialmente en el período antes del parto y en algunas semanas después del nacimiento) una *preocupación primaria*. Una condición que la mujer tiende luego a olvidar y que se asemeja a una enfermedad, a un retiro, a una disociación de la mente en la cual la premura por el bebé toma ventaja por encima de todo. Es gracias a esta especial sensibilidad, que la mujer logra identificarse con el hijo y responde a necesidades de este último. Es esta semifusión la que protege al bebé y le ahorra amenazas de aniquilamiento. Una mujer, escribía Winnicott, debe ser sana tanto para poder alcanzar este estado, como para salir de él cuando el bebé la deja libre.

Ahora bien esta es una *transición moral*, no meramente psicológica, y en esta óptica ética pueden ser releídas las palabras de Winnicott a propósito del modelo de paternidad “comúnmente devota”, que correspondería al tipo de ciudadano “funcional”, al sujeto que se debería hacer cargo en modo racional de los deberes de sociabilidad, entre los cuales se incluyen los de dedicación y asistencia básicas hacia los componentes más débiles de la familia humana. ¿No son estos los “usuarios” que la medicina de comunidad, la higiene y la salud pública deberían alcanzar, convencer y proveer sobre el plano cultural y organizativo? [25-26] Es una contención empática, es una alianza relacional la que impide que los sujetos en crecimiento construyan estructuras defensivas prematuras, rígidas y sofocantes, y produzcan “falsos Yo”, que aplastan u ocultan sus auténticas tendencias constitucionales. En la medida que la madre “se cura” de la condición “preocupada” –concluye Winnicott– el bebé aprende a elaborar la idea de ella como persona. Si en cambio las mamás sienten haber fallado en la primerísima fase de la atención y pretenden compensar más tarde tal carencia, sucede que ellas, en lugar de gozar de una cálida relación afectiva, “se encuentran im-

plicadas en la necesidad de una terapia para su bebé, de un período prolongado de adaptación a sus necesidades, o vicios. Se vuelven las terapeutas en lugar de las madres” [26].

¿Quizá le ha sucedido esto a Mina y a la familia, a la medicina y a la sociedad, que la ha rodeado sin éxito?

3. Salud pública y conflictos entre autonomía y beneficencia

De la complejidad humana de un acontecimiento como el aquí narrado queda muy poco si se intenta resumirlo y valorar en el *abstracto lenguaje de la ética*, por como ésta es comúnmente aplicada tanto en manuales de tipo deontológico, como en aquellos de ordenamiento teológico. Importantes tradiciones filosóficas, como la kantiana, utilitarista o neoclásica (con su estentórea referencia a una supuesta ley natural) [28-29], devalúan la importancia de la narración, equiparándola al material tosco, confuso, cambiante, incierto, sobre el cual deberían descender leyes seguras, preparadas a priori, capaces de producir deductivamente (con la coherencia lógica de un silogismo geométrico) una conclusión valorativa no controvertible.

La *racionalidad* del agente moral, aún implicado íntegramente (en su libertad, afectividad, voliciones, motivaciones) en los dilemas axiológicos, encontrados a lo largo de una irrepetible trama biográfica, es delineada frecuentemente como una inteligencia desencarnada, puesta en condiciones de imperturbable autosuficiencia, ligada a la obediencia de un imperativo impersonal (o a la intuición de bienes humanos fundamentales, a los cuales el ser humano estaría “naturalmente” orientado), imperturbablemente sorda respecto a las inclinaciones pasionales y a las relaciones afectivas.

La *remoción* de la componente narrativa del juicio moral, además de parecer burda, resulta contradictoria con las cualidades, que son buscadas y apreciadas en el delinear las estructuras teóricas. Una

teoría –se sostiene– sería tanto más válida, cuanto más connotada de poder explicativo esté, o sea de la facultad de comprender y deseablemente resolver los enigmas históricos, en los cuales la vida moral se envuelve, y de afrontarlos en modo claro, coherente, completo, simple, argumentado, productivo, practicable [3, pp. 56-57]. Ahora bien, si las historias, con sus problemas de valor, representan el *banco de prueba* de las teorías, esto significa que es común la materia de la cual ambas polaridades (las narraciones y los principios, los acontecimientos existenciales y las doctrinas) están hechas, en modo que un sistema moral sería valorado en razón de su capacidad de dar cuenta del poder revelador y educativo de la narración.

En el ámbito de la salud pública no es difícil rastrear las aporías, que conducen posiciones éticas anti-narrativas. Tales posiciones reconstruyen el debate como un enfrentamiento entre motivos ligados a la *autonomía* y motivos ligados a la *beneficencia*. Veamos más de cerca los enfrentamientos en este campo.

La *primera hipótesis* de fundación normativa rueda en torno a la *libertad* del sujeto, la libertad, por ejemplo, de rechazar la imposición de vacunas. La afirmación-guía es generalmente aquella, liberal, según la cual ninguna interferencia sería justificable dentro de la esfera de la *privacy*, una esfera equivalente, en ciertas versiones, a los límites del propio cuerpo o, en otras, a la capacidad de autodeterminación. El individuo tendría así la más amplia libertad de decisión a propósito de la conducción de su propia evolución biográfica. ¿Pero tal libertad sería con eso *absoluta*?

Las *limitaciones* a dicha soberanía han sido ampliamente delineadas: el primer vínculo se refiere al posible daño a otros sujetos; el segundo alude a la ilegitimidad de renunciar a la propia condición de libertad (no sería realmente libre aquel actuar que “libremente” se alinea o se malbarata, sofocando la dignidad del ser libres, una dignidad, que es por tanto reconocida como un valor intrínseco, frente al cual –y no sólo a fuerza del cual– se toman decisiones); el tercero menciona las situaciones en las cuales es incierto el efectivo

grado de autonomía de quien decide, en modo que una aparente interferencia ajena sobre la *privacy* no dañaría en realidad esta última o incluso la podría promover, garantizándole un futuro ejercicio más maduro y ganándose, en modo hipotético, la aprobación a posteriori por parte del mismo sujeto. Llamamos precisamente *paternalismo débil o moderado* (como tal justificable en determinadas condiciones) la interferencia transitoria con la esfera decisional de grupos o individuos, con el fin de predisponer las condiciones de una decisión realmente autónoma (en el caso por ejemplo de una sospechosa carencia actual de los elementos de un válido sentido o rechazo de medidas sanitarias: información, libertad, *competencias*).

La *segunda hipótesis* de fundación normativa enfatiza en cambio el *bienestar* de los actores morales (la pertinencia de un plan de vacunación –por ejemplo– estaría relacionado al bienestar de una comunidad). Promover el mayor bien para el mayor número de personas (la conocida máxima utilitarista) es la finalidad que se proponen deliberaciones welfaristas, las cuales hacen uso de la narración como método amplificador, que permite representar los diversos escenarios conflictuales de la manera razonablemente más completa, antes de ponerlos en los platos de la balanza consecuencialista. También esta segunda conjetura ética se ha debido medir con *objeciones* múltiples. Por un lado el cálculo de los efectos podría inducir a comprimir paternalísticamente las libertades individuales, si la frustración de estas últimas valiese menos que los firmes propósitos obtenidos. Por otro lado, si se adscribe sólo al sujeto, individual o grupal (epistemológicamente privilegiado para percibir y valorar su mayor conveniencia), la elección del patrón de medida de los bienes producidos (¿la salud? ¿el placer? ¿la satisfacción de los deseos?), entonces se recae en la hipótesis libertaria arriba descrita.

Igualmente controvertido es el recurso al concepto de *responsabilidad*, al cual algunas veces se apela al proponer estrategias públicas de prevención o tratamiento. Enlistamos un primer grupo de preguntas. Sobre el plano moral, ¿las personas tienen el deber de aten-

derse? Y este deber ¿es intrínseco (responsabilidad respecto de sí) o bien es motivado por la responsabilidad hacia terceros, los cuales podrían padecer serias consecuencias en términos de costos sociales derivados de enfermedades ajenas perfectamente evitables o por injustificados comportamientos riesgosos? ¿Daña verdaderamente a la sociedad el ciudadano/enfermo que, desatendiendo las prescripciones del médico de vacunarse (o de no fumar), sustrae preciosos recursos sanitarios a la colectividad (aún sin perjudicar directamente a ésta última)? ¿Un beneficio ausente equivale a un verdadero y propio daño? Si la consecuencia negativa de una omisión preventiva coincide simplemente con la inducción (documentable y consistente) de un “aumento del riesgo” para los otros (aunque no de un auténtico contagio ni mucho menos de un diagnosticable cuadro clínico), dicha omisión puede justificar una interferencia (obviamente proporcionada) de la mano pública?

Como se intuye, el tipo de respuesta a tales cuestionamientos depende de la relevancia ética asignada al *deber de solidaridad*: de la mera no invasión a la factible proximidad, hasta incluso el sacrificio “súper erogatorio”. Más radicalmente, deberemos volver a preguntarnos: ¿somos responsables de quienes nos rodean? Si sí, ¿lo somos de todos, o sólo de aquellos a quienes hemos prometido una atención especial? ¿Por qué, en otras palabras, deberemos reconocer al otro como merecedor de nuestra tutela? ¿Por qué en cambio no preferir el egoísmo ético, según el cual se debe simplemente cumplir la acción útil —más o menos directamente— a sí y sólo a sí? ¿Existe un específico deber de solidaridad por parte de ciertas figuras profesionales (los médicos, por ejemplo, directamente empeñados en la defensa/promoción del bienestar colectivo) para correr mayores riesgos respecto al ciudadano común?

Las aporías teóricas, relativas a ambas orientaciones de pensamiento (y por tanto a las estrategias, liberales o welferistas, de *public health care policies*), se exacerbaban en el momento en el cual se intenta *aplicar* un principio, considerado preeminente, a casos o situaciones concretas. La aplicación muestra de hecho sobre todo que la vida

moral de los sujetos reales resulta más polifacética, plurivalente y entrelazada de las categorías conceptuales utilizadas (por cuanto organizadas en sistemas de valores). Mina, en *Hungry Hearts*, no querría disociar autonomía de bienestar, en cuanto desea el bien de hijo y no es de hecho sorda al *welfare* social, pero reivindica el derecho de seguir su propio autónomo estilo educativo y de preparar, para el bebé, un futuro emancipado de los sofocantes lugares comunes de una *pòlis* medicalizada. Por el contrario, el entourage (entorno) duda que Mina sea efectivamente racional en sus decisiones, teme que oscuros factores emotivos la induzcan a dañar al pequeño y por tanto comete intrusión en una delicada relación primaria, sin realizar una leal autocrítica de sus propios prejuicios.

La película documenta la superposición entre *autonomy* y *beneficence* (el bien es siempre bien-para-alguien, que decide por sí mismo; el bienestar, garantizado por una dependencia segura, propicia decisiones exquisitamente personales y libres; la heteronomía es fuente de malestar, disgustos, enfermedades [37]) y focaliza el contraste entre dos visiones de la vida buena (por tanto también de la salud y de la libertad), la de la madre y la de la familia extendida, que no logran confrontarse, en un sano conflicto de interpretaciones, ni a expresar sus propias vivencias emotivas, ni mucho menos a reelaborar sus respectivos paradigmas narrativos; sino se lanzan en un enfrentamiento de reglas asistenciales y derechos individuales aparentemente inconmensurables. El espectador, frente a estos fracasos, tiene la impresión plausible de que –cada vez que un principio ético sea aplicado– se genere un efecto *rebound* (rebote): cada posición ética, encarnada en este o aquel personaje de la película, se ve de hecho obligada, en el momento en que aterriza sus propios preceptos en el *casus belli* (motivo de controversia), a sufrir un contragolpe y a reformular sus propias afirmaciones de base, como recibiendo una enseñanza de la vida, que resquebraja o hace explotar sus categorías hermenéuticas ordinarias. El padre se enfrenta a los imprevistos rasgos de carácter de Mina. Esta última debe reconsiderar algunos de sus valores, a la luz de los efectos sobre su

hijo. La suegra negocia algunas reglas pedagógicas, demasiado rígidas para la situación afectiva que se ha creado.

¿Cómo superar entonces (regresamos al resentimiento inicial) el atolladero de las teorías en el discernimiento ético en temas de salud pública?

4. La película “Safe”

La narración cinematográfica tiene mucho que enseñar a la ética médica contemporánea y por tanto también al estilo asistencial de la medicina de comunidad. No sólo por los contenidos representados por las películas, sino también por la forma expositiva adoptada. En la película *Hungry Hearts* el director usa la cámara de mano para las tomas. Baja él mismo al campo. “Hace ética” en contacto con cuerpos y corazones hambrientos. La película se ha rodado en inglés, del otro lado del mar, en una áspera New York. La fotografía de Fabio Cianchetti, la música de Nicola Piovani y el montaje de Francesca Calvelli exaltan el contacto con cuerpos que gozan o sufren, se abandonan o luchan. Al escritor le ha gustado la película también en sus innovaciones, en los desarrollos, en las citas cinematográficas, de las cuales él mismo había percibido la evocación, mientras extendía el texto originario. Cuando una historia “es consistente” –ha comentado Franzoso– se abre camino a través de sus autores y lectores. La escenografía sigue con coherencia las diversas posiciones morales, hasta el infeliz resultado.

Por lo demás en el cine ninguno está *seguro*. Director, actores, espectadores, estamos todos expuestos a la atmósfera contagiosa de un relato que pide obediencia, respeto y acogida, como todo recién nacido. Una *buena narración* exige entrar en tu vida y te somete a un examen de conciencia: ¿estás listo para mí? ¿Estás dando bastante? ¿Me estás alimentando? ¿Te estás nutriendo de mí? Toda visión es un experimento de encarnación, porque se abren nuevos escenarios dentro de la mente y del cuerpo de quien decide creer en la

historia. Y nosotros salimos de la película estremecidos y excitados por una responsabilidad inesperada, por una nueva sed de verdad. La película nos ha consumido, nos ha puesto a prueba en espacios angostos. Pero no estamos solos. Un narrador nos ayuda a devanar algún hilo de sentido en un acontecimiento que debía terminar mejor, aún desde el punto de vista higiénico-sanitario.

Asociamos ahora estas reflexiones a otra visión, que los estudiosos en salud pública y de sostenibilidad ambiental no deberían perderse. ¿En qué sentido el mal viene del exterior? ¿En qué sentido la óptica higienista debería acompañarnos a lo largo de los caminos de nuestra vida medicalizada? Un *malestar* obscuro asalta a la joven, tímida Carol White (interpretada por la excelente Julianne Moore), esposa devota, bella, joven y rica, con marido adinerado, hijastro dependiente, en fin una mujer aparentemente bien acomodada en el vacío mundo del opulento San Fernando Valley. Todo en su lugar: muebles nuevos, cuidadora eficiente, estancias pulcras, vigilantes omnipresentes. Pero algo no funciona en el mundo demasiado *safe*, seguro, limpio de Carol. Algo no es *safe*. No se ve, no se identifica materialmente, quizá está “afuera, en el aire”. Está por todos lados, pero en ningún lugar definido.

Quizá se anida en los obsesivos colores pastel de las estancias y en los rituales eufóricos y complacidos de las encumbradas amas de casa, expertas en la cocina, gimnasio y beauty farm (spa). El malestar es inicialmente impalpable y luego genera una avalancha de síntomas: cefaleas, asma, irritación cutánea (Carol no suda, para envidia de sus amigas del gimnasio), vómito, epistasia, insomnio. Siguen los intentos de identificar un impalpable alergénico, con la casa que se transforma en un ambiente aséptico, hiperprotegido, encerrado. ¿A qué cosa es vulnerable o *alérgica* Carol? ¿Qué bases tiene su “sensibilidad química múltiple? ¿Se trata quizá de la “alergia del siglo XX”? La medicina no se responsabiliza de nada y la psiquiatría no capta el problema, así que la enferma se deja conquistar por una asociación –a medias entre lo ecológico y lo New Age– que atribuye todas las culpas a la contaminación química y

medicamentosa y propone costosos “oasis personales” desintoxicados o mejor aún una residencia colectiva en el desierto, donde el reforzamiento del sistema inmune se vale de la rehabilitación psicológica y del reforzamiento de la fe y del amor individuales: sesiones grupales tipo *self-help*, ejercicios de *insight*, nada de sexo, invitaciones a la autoestima y la pensamiento positivo (“estamos seguros y todo va bien”). Carol encuentra valor y palabras para expresar su pena, pero el final inquieta: la enfermedad está ahí y se hará sentir.

Safe, dirigida por Todd Haynes, USA 1995 (comercializado en Italia con el título *Safe – Sicura*), es una película independiente, que ha sido objeto de diversas interpretaciones: ¿El malestar se refiere a algún conflicto psíquico irresuelto? ¿A la carencia de una alianza empática con las figuras de atención primaria y con el más vasto entourage médico-social? ¿A la pérdida de los valores morales tradicionales? ¿A la *crisis* de las grandes religiones? ¿A los fantasmas revividos de las epidemias virales y de la difusión del Sida? ¿A la despersonalización de los nuevos roles sociales y a la caída de esperanza de las clases medias? ¿A la difícil tarea de tener técnicamente bajo control las variables corpóreas y las fases de transición social?

Como quiera que sea, ni la medicina occidental, ni las terapias alternativas parecen interceptar el verdadero mal, que parece ser moral antes de volverse físico o químico. La radio difunde en las primeras secuencias los signos de una difusa incertidumbre de valores: dilemas de bioética (se pone el ejemplo de la eutanasia y de la *deep ecology*) y violencia racial. La depresión (en el plano psíquico) y las disfunciones tóxicas (en el plano somático), son la consecuencia de una incapacidad de vivir, de un bloqueo decisional, de la dolorosa percepción de la propia superfluosidad. Dicho de otro modo, Carol (como Mina, en la otra película comentada por nosotros) paga el precio de su marcada sensibilidad, porque ella advierte con anticipación los signos de la putrefacción. Sobre su delicada piel se deposita una mancha, una culpa en espera de nombre y de expiación. Muerte y enfermedad incumben tanto al occidente del progreso como al exótico, poético, magnífico, consolador club es-

piritualista. ¿Dónde encontrar las fuerzas morales para vivir en este jaque? Un obtuso ruido de fondo, una distante *ambient music*, una fría y claustrofóbica fotografía, un lentísimo ritmo de la toma; entregan el espectador a una inquietud corrosiva, análoga a las películas del género de terror (*a soul horror movie*, como se ha dicho): ¿qué vía de escape ofrecer a Carol y a nosotros? ¿Y quién se debería ocupar de ello? ¿El médico? ¿El higienista? ¿El psicoanalista? ¿El sacerdote? ¿El consultor filosófico? ¿Algún gurú? ¿Con qué instrumentos y palabras se podrá *persuadir* a Carol para no deslizarse en un melancólico remolino espiritual?

5. Policy-making: advertencias éticas

Quizá el ámbito más intrigante de las campañas de sensibilización en tema de salud pública se refiere a las situaciones en las cuales la hibridación, la sinergia, la *intersección entre liberalismo e iniciativa estatal* parecen las tácticas más prometedoras para resolver problemas actuales, al punto que (a diferencia de la oposición caricaturística entre *self-determination* y *welfarism*) han sido acuñados términos (que rayan en el oxímoron) como paternalismo libertario o liberalismo solidario. Se va de consistentes iniciativas públicas, que imponen costos o sanciones indirectas para decisiones minoritarias calificadas como incorrectas o dañinas (prohibir el acceso a la escuela a los niños no vacunados por decisiones ideológicas de los padres), a penetrantes campañas de sensibilización, dirigidas a corregir los comportamientos inapropiados de individuos desinformados, perezosos, económicamente necesitados, psicológicamente débiles, superficiales (en la argumentación valorativa) y vulnerables (respecto a prejuicios cognitivos o modos conformistas). La interferencia del Estado fungiría paradójicamente, en estos casos, como lucha de emancipación contra una heteronomía inducida.

Supongamos poder definir la inmunidad de grupo como un *bien público* (el cual todos pueden aprovechar –incluso los no vacuna-

dos— sin sufrir exclusiones o sin depauperar a los otros consumiéndolo), producido por la aspiración de los ciudadanos para asegurarse una protección anti infecciosa, es decir a gozar de un bien *privado*. Es sin embargo evidente que tal superposición, patente por patologías peligrosas como la poliomielitis y la difteria, está ausente o débil por otras enfermedades, como el tétanos o la rubeola (un alto beneficio público corresponde algunas veces a marginales beneficios individuales para quien se vacuna). Se recomiendan por tanto *advertencias éticas* específicas, decididas caso por caso, al considerar la hipótesis impositiva: finalidad estrictamente médica; carácter gratuito de la campaña; incentivación para los sujetos recalcitrantes; prevención de rehuimiento (o conductas clandestinas) debidas al miedo a la coerción/fichaje; experimentación de alternativas (de vacunación o farmacológicas) menos invasivas y controvertidas; garantía de obtener ventajas proporcionales a los riesgos sufridos; lucha contra las discriminaciones en el reclutamiento y tratamiento de los sujetos implicados; ofrecimiento de indemnidad de enfermedad por eventos adversos; defensa de la integridad profesional de los médicos que no pueden transformarse en detectives o policías de la salud, sino deben proteger una imagen de aliado digno de confianza por parte de cualquier usuario.

Volveremos sobre esta última condición: la confianza pública en los programas de vacunación debe ser apreciada y protegida, en el sentido de que no basta implementar campañas informativas eficaces, si estas últimas no suscitan un *crédito moral* por parte de los usuarios, un crédito que no se puede pedir, sin ofrecer garantías de podérselo merecer [45, p. 3125]. El hecho de *saber*, de por sí, no basta; conocer qué cosa sea bueno, no es suficiente para ponerlo en práctica: es la dimensión ético-afectiva (y no sólo la cognitiva, de tipo epidemilógico-estadístico) de las voliciones que debe ser interceptada y transformada, si se quiere registrar un concreto cambio de comportamiento. Como en el encuentro clínico, así también en la invitación —dirigida a los ciudadanos por parte de las autoridades sanitarias— a realizar un comportamiento (la adhesión

a la vacunación), no privada de riesgos, pero útil para sí y benéfica para otros, están en juego variables de valor y no sólo técnico-organizativas. Cuentan mucho factores como los siguientes: la transparencia acerca de los resultados de campañas precedentes, la rectitud deontológica en los procedimientos específicamente previstos, la garantía de máxima reserva, la promesa de hacerse cargo de eventuales complicaciones, la exhibición de reglas claras que excluyan complicidad de intereses con fuertes poderes (comerciales, corporativos, militares), el uso de un lenguaje y de un estilo comunicativo que respondan empáticamente a las preocupaciones paternales, la corrección leal de irrealistas esperanzas de sanación. Sorprende lo raro del recurso, en ámbito de higiene, a *task forces* interdisciplinarias, que entrecruzan competencias biomédicas, psicológicas y éticas (como sucede en la consulta ética en el lecho del enfermo).

Análogamente (pasando de la óptica gubernamental a la individual), la conducta de los *free riders* (aquellos que gozan de las ventajas de la inmunidad de grupo, pero no sustentan el compromiso y los costos de producir aquel bien, vacunándose) amerita una *valoración articulada*, dado que la abstención de la práctica puede ser debida a motivos estrictamente heterogéneos: desinformación, pereza, prejuicios culturales, fobias irracionales, cálculos oportunistas, opciones ideológicas, entre las cuales dominan instancias naturalistas o bien religiosas.

Concurren *argumentaciones éticas* (y no sólo competencias científico-organizativas) para contrastar un “desempeño racional”, defendiendo un deber general de proximidad (al menos el de no provocar daños o de prevenirlos). Sobre este punto la obra de sensibilización, a través del diálogo, es a menudo vaga, confusa, embrional, contradictoria. Las declaraciones institucionales alternan afirmaciones deontológicas (no es lícito tratar a los otros como simples medios; no es universalizable la máxima de gozar de beneficios públicos sin contribuir) a otras teleologías (el *free riding* sería reprobable por las graves consecuencias en términos de inmunización colecti-

va), pero sin profundizar los puntos de vista minoritarios y replicar a sus argumentadas contestaciones.

Es un ejemplo también la moción del Comité Nacional para la Bioética (24 de abril de 2015), titulado *La importancia de las vacunaciones*, que actualiza el documento de 1995 *Las vacunaciones*, expresando «viva preocupación por la tendencia cada vez más difundida a postergar o incluso rechazar» las vacunas, las cuales tendrían «un valor no sólo sanitario, sino ético intrínseco muy relevante». Se invita a una toma de responsabilidad personal y social, movilizandolos entes sanitarios para promover «eficaces campañas de información, comunicación y educación». No siendo refutadas argumentativamente las razones específicas de aquellos que no consideran «decisiones conscientes y correctas» las vacunas, y no exponiendo analíticamente los motivos por los cuales la actual comunicación sanitaria resulta poco persuasiva y no sólo escasa sobre el plano de la difusión cuantitativa), las recomendaciones finales se traducen en un elenco de deseables, aunque –al menos en parte– vagas iniciativas, entre las cuales la de «identificar a aquellos que necesitan ser animados» hacia una mejor adhesión a los programas higiénicos.

¿Cómo salir del conflicto entre autonomía y bienestar? ¿Existe algún modo éticamente correcto de *promover la autonomía, vinculándola*? Esta pregunta había surgido clamorosamente en los años de la explosión del Sida. La adopción privilegiada de medidas de sensibilización (en lugar de la promulgación de normas coercitivas, como la imposición de un screening obligatorio) estuvo motivada tanto por la escasa eficacia de la constrictión (cronicidad de la patología, exigencia de repetidos controles y de alta *compliance* de los sujetos infectados, intimidad de las vías de contagio, riesgos de marginación), como por la atmósfera cultural, que había impulsado la corriente de los derechos humanos hasta rozar el mundo de la medicina. Las tres condiciones éticas para la ejecución del test para el VIH (counselling pre y post-test, consentimiento informado del interesado, máxima reserva) fueron reconocidas a nivel internacional

como el camino maestro para afrontar problemas igualmente urgentes. Un camino que parece aún ahora ineludible en vía de principio y que de hecho es ya recorrido por alguna política de vacunación *voluntaria*, que «realizada en Alemania, Finlandia y Holanda, se basan en una adhesión voluntaria de los ciudadanos a la campaña de vacunación. A diferencia de la políticas adoptadas en el Reino Unido (voluntarias, pero con incentivos económicos a los médicos) o en Austria (voluntarias, pero con incentivos a los padres), estos tipos de intervención no prevén el reconocimiento de incentivos de ningún tipo, pero son apoyados por robustas campañas informativas y de persuasión dirigidas a la ciudadanía» [5, p.234].

6. Persuasión: entre literatura y filosofía

Comparece aquí, a propósito, la palabra decisiva para nuestras próximas reflexiones: *persuasión*. Escribía Mill que el bien físico o moral del individuo no justifica imposiciones en su esfera de libertad (para obligarlo a hacer algo que sería bien para él, que lo haría más feliz, o que la opinión pública considera justo), pero es un buen motivo “para discutir, protestar, persuadirlo o suplicarle”. Precisamente, persuadirlo... Pero ¿qué cosa significa persuasión? ¿En qué se distingue de la *sugestión*, que comunica algo, pero oculta la intención (del emisor) de manipular al interlocutor y por tanto omite el recurso a coherentes, explícitos y razonados motivos [50]? Antes que el término fuese “secuestrado” por las investigaciones de psicología social o de técnica de la comunicación, resonaba en el límite entre ética y estética. Se observa aún el eco en la *crítica literaria*: «*What does it mean, persuasion? When Jane Austen wrote her last complete novel [Persuasion], it could mean two different things. A firm belief, or else the process of persuading someone to think differently, and of being persuaded*» [51, p. V].

Ambos significados (la persuasión como convicción interior, la persuasión como proceso de convencimiento) son relevantes en el

ámbito de la ética aplicada, que precisamente tematiza las costumbres, la moral, las convicciones difusas, para verificar su solidez, la obligatoriedad, la coherencia y por tanto para inducir una confirmación o una modificación, una profundización o una conversión. La *novela* ha constituido el laboratorio privilegiado de este sondeo, que implica tanto el discernimiento emotivo (¿qué sentimiento es aquel que mueve al personaje a actuar? ¿Qué pasiones resultan confiables? ¿Cuáles en cambio lo engañan?), cuanto la argumentación racional (existe quizá un salto lógico entre las premisas de valor, en las cuales él cree, y las consiguientes valoraciones y acciones, que él hace derivar? ¿Qué ambigüedad terminológica induce la confusión, el engaño y la desilusión?).

Razón y sentimiento, es decir *sense and sensibility*, por usar el lenguaje de Jane Austen, son las dos dimensiones de la convicción ética y las dos alas de la misma indagación axiológica. La autora inglesa conjuga ambos instrumentos: la meticulosidad analítica –por un lado– en la descripción de los caracteres y en la reconstrucción ambiental; y –por otro– el murmullo empático, la percepción fulminante de las pasiones en conflicto y la comprensión de vivencias apasionadas: «*The end of Persuasion satisfies both the romantic and the rational elements which Anne represents; it is a novel of reconciliation, sometimes near to loss and disaster*» [51,p. VIII].

Una escritora ya gravemente enferma *convence* al lector de que un enamoramiento auténtico está constantemente amenazado por un entorno desgarbado y ávido, pomposo y vanidoso. Se debe por tanto aprender a responder al enemigo con sus mismas armas. Anne había sido por desgracia *persuadida* por su protectora para dejar a su amado Frederick, bello, inteligente pero pobre. Años después Frederick regresa, rico y en búsqueda de una esposa. Ahora es Anne quien debe *persuadirlo*, conquistarlo de nuevo. No se trata sin embargo de una táctica seductora, sino de un giro moral: Anne se busca a sí misma, mientras vence las resistencias del amado.

Citamos un pasaje ejemplar. ¿A quién debe elegir la heroína de *Persuasión* entre el capitán Wentworth y el señor Elliot? Anne no

tiene aún las ideas claras, pero percibe que el solo hecho de ser un tipo razonable, distinguido, reservado, no constituye una virtud decisiva, podría incluso ser una verdadera y propia imperfección. «*Mr. Elliot was rational, discreet, polished but he was not open. There was never any burst of feeling, any warmth of indignation or delight, at the evil or good of others. This, to Anne, was a decided imperfection. Her early impressions were incurable. She prized the frank, the openhearted, the eager character beyond all others. Warmth and enthusiasm did captivate her still. She felt that she could so much more depend upon the sincerity of those who sometimes looked or said a careless or a hasty thing, than of those whose presence of mind never varied, whose tongue never slipped*» [51, p. 124].

El tema de la persuasión no abarca sólo los contenidos de esta o aquella trama sentimental, sino también la *forma narrativa*, no toca sólo a los actores del acontecimiento ficticio (los “existentes” –por usar la jerga narrativa– que se mueven a través de “eventos” más o menos previsibles), sino muerde el corazón de la relación entre autor, voz narradora y lector. Comprendemos un texto sólo si le damos crédito, si nos parece persuasivo, si suspendemos voluntariamente nuestra plausible incredulidad (según Coleridge). Por otro lado, este *pacto* entre compositor y destinatario no sofoca ni coarta la inteligencia, si acaso la enciende, induce expectativas sobre las revelaciones prometidas por la obra y exige preguntarnos los motivos por los cuales el texto parece fascinarnos, seducirnos, traicionarnos, abandonarnos, incluso ofendernos. 53-54].

El acceso a la verdad implica una fuerza seductora por parte de esta última y una respuesta, al mismo tiempo sensata y valiente, consciente y comprometida, por parte del sujeto investigador. Esta dialéctica se encuentra activa desde los albores de la filosofía griega. Platón pareció decretar el *exilio de los oradores* del ámbito propiamente especulativo, porque la acepción metafísica, universalmente obligatoria, sustituiría una escritura poética interesada en explicar la vida por como ésta se da. ¿La demostración metódica es por tanto incompatible con la fascinación del relato y con las expresivas sugerencias de los sofistas? Algunas corrientes historiográficas

más recientes han impugnado esta yuxtaposición. Junto a la dura refutación, documentada en el diálogo *Gorgia*, en el cual se contrapone la persuasión (adulatoria, opinable, ligada a las apariencias de la *doxa* (opinión)) a la certeza de la verdad (estable, universal, ligada a la racionalidad de la *epistème* (conocimiento)), Platón rescata la retórica en el *Fedro*: con algunas condiciones, la persuasión (a la cual se dirige la nueva arte retórica) favorece la apropiación existencial de la verdad intelectualmente adquirida y previene su esterilidad moral. No sorprende por tanto que el propio Platón considerase todos sus escritos como formas de mito.

Un rol decisivo, en la recuperación de estas dimensiones de la verdad de la persuasión, tuvo el filósofo Nietzsche. Heidegger mostró que Nietzsche –educador, visionario, escritor aforístico y poeta en prosa en *Zaratustra*– era considerado filósofo a pleno derecho, por su constante diálogo con el pensamiento helénico y por los resultados ontológicos de sus investigaciones [56]. Reconstruyendo la génesis de la especulación socrática, a partir de un contexto dominado por códigos sacrales y por la expresividad poética, Nietzsche reconoce la intrínseca *metaforicidad de todo lenguaje*, también del dialéctico, y del naturalista [57]. Detrás de la formalización abstracta, aparentemente estable, del conocimiento verdadero (y no sólo verosímil), continúa a reiterar el resentimiento del enigma y a vibrar la pasión de saber: la retórica no es locuacidad, sino abre *una verdad interesada en la vida* y fecunda para la praxis.

De esto encontramos una prueba en un gran lector de Platón. Michelstaedter (un autor decisivo, cuando se habla de nuevo sofismo), tomando como punto de partida el estudio de los textos originarios del pensamiento helénico, refuta –entre los prejuicios de la sociedad que le es contemporánea– la pretenciosa asignación de un rol salvífico a la ciencia, cuyo saber (del cual los hombres tienen necesidad) se vuelve finalidad de la vida. Michelstaedter, como sabemos, identifica el ser “persuadido” con el ser perfectamente *resuelto en sí mismo*, mientras descalifica las ampulosas construcciones y hábitos culturales (con los cuales es enmascarado el dolor por la

muerte y la nostalgia de un sentido) definiéndolos “retórica” [59]. Precisamente, criticar la ciencia implica (para Michelstaedter) refutar sus falsas seguridades, promesas a adeptos, que recitan ritos esotéricos; significa desmontar la fácil promesa de bienes consumibles, servicios de confort, garantía contra las enfermedades, al precio de debilitar y expropiar el sentido de responsabilidad individual.

También el *lenguaje de la ciencia* –diría Nietzsche– (si bien aceptable por su sobriedad, por su método experimental, no fanático) esconde una voluntad de potencia y satisface el placer de la fuerza. El discurso científico ha de hecho endurecido algunos significados de la palabra y los ha impuesto como los únicos instrumentos idóneos para designar la verdad del mundo (los otros significados, residuos, serían sólo “poesía”, mistificación inútil y alusión engañosa). Son “errores del intelecto” aquellos sobre los cuales la ciencia trabaja, errores consolidados, útiles, pero no diversos de aquel impulso creativo, del cual también el arte se origina.

Gradualmente, todas las verdades importantes, desentrañadas con placer por quien hace ciencia, se vuelven lugares comunes y ordinarios. «Por tanto una cultura superior debe dar al hombre un doble cerebro, algo con dos cámaras cerebrales, una para percibir la ciencia, otra para distinguir la no ciencia; que esté la una junto a la otra, sin confusión, separables, aislables: y esta es una exigencia de salud. En uno de los campos se encuentra la fuente de la fuerza, en el otro el regulador: con ilusiones, unilateralidad y pasiones es necesario calentar; con la ayuda de la ciencia cognoscitiva es necesario prevenir las malas y peligrosas consecuencias de un sobrecalentamiento» [60, p.179].

Si la ciencia olvida la génesis simbólica de sus conjeturas, si asume unilateralmente la dirección del consorcio social, si disimula su inevitable parcialidad de perspectiva, se desvincula hacia una peligrosa sugestión, representada en forma grotesca por el *hombre de la sanguijuela*. Zaratustra pisotea sobremanera a un hombre que grita de dolor, de cuyo brazo desnudo brota sangre. Aquel hombre se

autoddefine el meticuloso del espíritu; él sabe todo porque todo estudia con severidad, escrúpulo, crueldad y dureza inexorable. Porque no le gusta saber a medias; no le agrada que la verdad se le escape de las manos. En particular él conoce todo del cerebro de la sanguijuela: el objeto de sus investigaciones se ha vuelto su mundo, donde se siente en casa. Todo el resto se ha vuelto para él oscuro e indiferente. «con mi sangre he acrecentado mi saber» y en efecto «del brazo desnudo del meticuloso seguía manado sangre. Diez sanguijuelas lo habían mordido» 61, pp. 301-304].

El hombre de la sanguijuela ha querido sustituir valores morales y religiosos (considerados tanto grandiosos cuanto vagos) con el saber exacto, científico (ya sea grande o pequeño el objeto), que no se remonta a causas primeras, ni pide el sentido de la misma empresa cognoscitiva.

«Pero el hombre de la sanguijuela no sabe que el conocimiento es la sanguijuela misma, y que esa se sustituye a la moral y a la religión, persiguiendo su mismo fin: incidir en la vida, mutilar, juzgar la vida» [62, p. 48].

Volvemos así al *valor filosófico* de la persuasión y a su peso cultural. La actividad (estética) del mensaje no disimula necesariamente la falsedad de las tesis propuestas, sino se liga sinérgicamente a la potencia argumentativa (lógica) de la comunicación, particularmente en los ámbitos cognoscitivos (la ética por ejemplo), en los cuales están implicados afectos e inteligencia, pasiones y discernimiento racional [63].

En un mundo secularizado, las *tradiciones morales religiosas* tienen una significativa contribución por ofrecer, si evitan los halagos del fundamentalismo. De hecho, la fe, como adhesión personal a verdades persuasivas (aún si no son incontrovertibles en el plano teológico), actúa no sólo como raíz y estímulo para el pensamiento teológico, sino es figura constitutiva de todo actuar moral. Persuasiva es la verdad creída, aún si no completamente “sabida”; por otro lado el saber que cuenta frente a Dios, es aquel conocer (según la semántica hebrea) que implica a toda la persona, más allá de

la distinción alma-cuerpo, y que ofrece una verdad capaz de hablar a la vida y cambiarla, o sea de aconsejar, convencer, sostener (*persuadir*),

7. Persuasión y vacunas

En esta óptica, es legítimo preguntarse qué rol tenga el *arte del convencimiento* en las profesiones sanitarias y en la organización de la salud pública. Algunos pediatras nos han confiado, en sede de consulta ética, su empacho en el abrir una discusión leal sobre temas ligados a la responsabilidad colectiva: «Debemos resolver los problemas que nos traen los pequeños pacientes y sus padres, no hacer propaganda». «No nos permitamos disuadir a nadie, seremos vistos como médicos directivos, paternalistas». «Cada uno decide por sí mismo, en el espacio de su consciencia, qué cosa sea bueno hacer; nosotros informamos sobre los instrumentos idóneos para realizar tales fines». Es triste tomar consciencia cómo el legítimo miedo de caer en el adoctrinamiento haya debilitado el empeño comunicativo, devaluada la dimensión curativa del intercambio verbal, descalificada la inevitable componente educativa de la alianza terapéutica.

Quien ha hablado de una persuasión beneficiosa (*beneficent persuasion*) ha en cambio atribuido un rol central a la adopción de una postura comunicativa, que propicie una más consciente decisión común, en la relación de tratamiento. Se trata de rebatir con paciencia los prejuicios del gossip (chisme) pseudocientífico; de elaborar el horror por malas noticias vívidas, recientes, aunque poco significativas sobre el plano estadístico; de anticipar narrativamente los escenarios en los cuales un padre podría sentirse culpable precisamente por no haber adoptado precauciones sanitarias útiles para sus hijos.

Mensajes *no tranquilizadores*, además, tendrían efectos *positivos*: los indecisos cambian de opinión si se focaliza la atención sobre los

riesgos de las enfermedades contagiosas para un niño no vacunado, evitando banales minimizaciones. Adoptar los instrumentos de las ciencias cognitivas es indudablemente útil en ámbito preventivo, pero se desliza, en ciertas situaciones, a un énfasis intelectualista. La lección psicoanalista (aplicada no sólo a los individuos sino también a los grupos) ha mostrado la peligrosidad de la (inconsciente) coacción a repetir y ha puesto en evidencia cómo los actos ausentes (de los cuales el análisis del *clinical risk* ofrece cotidiana documentación) transmitan, si bien en formas camufladas, un mensaje de verdad: identificaciones proyectivas, conflictos instintivos, déficit empáticos, dificultades relacionales, afectos inexplorados y por tantos selváticos, inducen confusiones, errores e incluso gestos auto o heterolesivos. Es necesario que en las *situation room* de la salud pública sea constituido un *setting* propicio para descifrar y corregir estas tensiones latentes.

El discurso cientificista y antipedagógico, que hemos descrito, es alimentado por al menos dos razones. El *ideal iatrotécnico* ha devaluado las componentes humanísticas (éticas y psicológicas sobre todo) de la formación y de la práctica médica. El pacto entre un sujeto sufriente y un experto que promete tomarlo a su cuidado, contra intereses confluyentes, cede demasiado frecuentemente el lugar a un contrato rubricado por un usuario, que requiere prestaciones en modo libre, informado, competente; y un especialista, que no se formula preguntas de sentido, sino ejecuta con pericia (y notifica con precisión notarial) las intervenciones de remodelación corpórea. Un perverso empresarialismo y ciertas indebidas colusiones con el mercado han amplificado este defecto, extendiéndolo al ámbito higienista. También en las decisiones públicas la medicina paga el costo de una vistosa contradicción: se presenta como una técnica *valorativa* de prevención y organización sanitaria, pero de hecho se casa, en ciertos casos, con una orientación moralmente connotada, que imagina el tejido social como una relación entre extranjeros recíprocamente indiferentes (salvo en la posibilidad de realizar alguna ventaja mutua), sospechosos de la posible interfe-

rencia ajena, empeñados en maximizar los beneficios personales (como ha sido teorizado por algunas corrientes economistas), dotados de fría y coherente determinación intelectual al seleccionar las tácticas de supervivencia. El mito, en fin, de quien decide desapasionado, solitario, autolegisador, inmune de sentimientos de débito y culpa, indiferente a deberes de proximidad, celebra paradójicamente su propio ícono en el ideal del *free-rider*, el viajero libre, sin equipaje, sin raíces, que ha saldado toda cuenta y que programa desde el inicio, cada día, su propio destino.

La segunda razón, por la cual la comunicación entre medicina y profanos sufre una usura peligrosa y no se abre a un debate público sobre las diversas visiones del bien (por tanto también de la salud, de la prevención, de la justicia subsidiaria, de las responsabilidades hacia las franjas sociales más débiles), tiene que ver con la *némesis*, con la venganza, la feroz justicia, el resarcimiento que la opinión pública pretende de un poder biomédical que ha prometido lo imposible, en una arrogante autoestima (*hybris*). Quien ha dibujado el espejismo de una técnica omnipotente (sin educar el sentido del límite) y de una iniciativa espectacular de sanación (desconociendo que tenemos hoy que ver sobre todo con patologías crónicas, que acompañan por años o decenios a nuestras vidas), quien ha actuado con determinación autoreferencial (sin ofrecer una preliminar, comprensible información a la opinión pública), quien ha incluso intercambiado la auténtica comunicación con el ofrecimiento de informaciones no personalizadas (las cuales son igualmente paternalistas, tanto en el caso de vagas sub-informaciones, como en el caso de sobreexposición de los profanos a materiales informativos demasiado abundantes y especializados como para ser comprendidos, elaborados y graduados en orden de importancia), quien ha devaluado la óptica preventiva para evitar la fatiga de educar a un más saludable estilo de vida, quien no ha tenido el valor de sostener las asociaciones de los enfermos en la denuncia de las causas socio-económicas de enfermedad; no puede ciertamente reivindicar un crédito de confianza, una vez que estas

mezquinas promesas no han sido previsiblemente mantenidas o han incluso conducido a penosos efectos colaterales.

Detrás de muchos rechazos de la práctica de vacunación está el temor de una ulterior *medicalización de la vida*, está el pánico frente a la eventualidad que la agenda decisional de los tecnócratas sea introducida arbitrariamente en el espontáneo ritmo del vivir y lo haga artificioso y ajeno. Pensemos por analogía en la invasión del cuerpo femenino por parte de ciertas técnicas reproductivas: algunas mujeres han confesado “sentir la panza como de vidrio”, en el doble sentido del congelamiento emotivo y de la transparencia impúdica a ojos indiscretos. Pensemos cuántas peticiones de eutanasia son hoy presentadas por el terror de terminar los propios días en manos de una medicina mecánica, impersonal, no dialógica, no afectiva, sin alma, sorda a los deseos del agonizante. La vacuna es por desgracia, injustificada pero comprensiblemente, vivida por muchos sujetos como otro devastante acto de colonización biotecnológica.

No se entendería el éxito de algunos *libros de divulgación*, en tema de vacunas, si no documentasen, con sobria inteligencia, la difusa exigencia de conocer y el interés por discutir los problemas de salud pública. Eula Biss, ensayista brillante y madre preocupada, explica (en una especie de autobiografía científicamente documentada) la finalidad, los métodos y las controversias suscitadas por las políticas anti-contagio. Conferir inmunidad es de hecho una empresa difícil, siempre incompleta y ligada a algún riesgo, mas es una prometedora posibilidad, hoy vuelta accesible para los padres que quieran ahorrar a los hijos las consecuencias clínicas (a veces pesadas) de una infección producida incluso por gérmenes presentes en ambientes comunes. «Mi hijo ha recibido todas las vacunas previstas...», escribe la autora, y una de las razones es que, como en un albear, la salud de cada uno depende de la salud de todas las abejas en su conjunto. Si «los beneficios [de las vacunas] son mayormente superiores a los daños», la responsabilidad paternal equivale a correr riesgos proporcionales, no a resbalar en un fatalismo oscuran-

tista y anti-científico, con la ilusión de evitar cualquier riesgo. Obviamente estos usuarios pretenden mantener una *atención crítica*, exigir de los profesionistas una información clara y exhaustiva, aprender a descifrar las noticias especializadas, gracias a la ayuda de asociaciones de “consumidores”. Bliss escribe precisamente en esta óptica, conjugando fuentes literarias y reportes estadísticos, entrelazando la historia de la medicina con la política económica, traduciendo al lenguaje familiar la difícil jerga de la epidemiología. «las naciones más ricas gozan del lujo de acariciar miedos que el resto de mundo no puede permitirse». Para escoger y recomendar las medidas más urgentes, es necesario adoptar el punto de vista de los actores reales: «Mi embarazo, como todo embarazo, me había preparado para comprender que mi cuerpo no era exclusivamente mío y que sus límites eran mucho más porosos de lo que nunca hubiera creído».

A la *porosidad del cuerpo* y entre los cuerpos corresponde aquella entre las personas: el otro está ya dentro de nosotros. El sentimiento de reconocimiento, aún si indeterminado, funda la constitución y evolución de nuestra consciencia moral, invitando (también en ámbito de medicina preventiva) a sellar un recíproco pacto de solidaridad y a plasmar, si bien en un ambiente pluralista, una imagen compartida de buena exigencia y de vida sana, que pueda inspirar criterios convincentes para decisiones de salud pública.

8. Salud pública y *medical humanities*

El cine prolonga la imaginación mitológica, que comprendía figuras protectoras especiales como las diversas personificaciones de Higía. También sobre Higía juraba el médico hipocrático. También Higía era llamada a dar testimonio, aún no existiendo de ella un mito particular, salvo las referencias al mito de Asclepio, del cual frecuentemente es considerada hija. Representada erguida, con una copa en la mano izquierda, en la cual bebía una serpiente, ella pudo

ser identificada por los romanos como *Salus*. El cine, como el mito y la narración, no perturba sino alimenta el pensamiento. En efecto el ámbito de la higiene (y más en general de la medicina) ha siempre constituido, desde la antigua Grecia, una fuente de *interrogantes filosóficos*. «La medicina ha sido por muchos siglos la única o al menos la más importante entre las ciencias de la vida, identificándose con la biología; por otra parte, en cuanto ciencia natural del hombre, ha siempre presentado una dimensión antropológica de notable interés filosófico» El cuestionamiento sobre el sentido de esta práctica no ha seguido caminos puramente intelectuales, sino ha debido tomar en consideración las componentes míticas, simbólicas, narrativas, afectivas, “humanísticas”, como hoy diremos en referencia a la así llamadas *medical humanities*.

Si la medicina se ha transformado en una especie de *religión secular*, la confrontación con otros períodos históricos podría ser de enseñanza: «En un primer período de la civilización, el precepto higiénico no se distingue siempre del religioso. Enseguida la higiene adquiere autonomía y se transforma en ciencia». Por otra parte, el objetivo de «crear entorno al hombre un ambiente lo más idóneo posible a su vida física y civil» exige una constante reconsideración teórica y una reformulación narrativa de los términos usados: hombre, ambiente, vida, naturaleza, civilidad, salud.

Y bien, aquello que el término *salus* significa hoy, en referencia al hombre, a los animales no humanos, al eco-ambiente, no es recabable simplemente de tratados de tipo naturalista (que preparan oportunamente al estudio de las dimensiones físicas, químicas, biológicas, genéticas de los fenómenos), pero exige una consideración de los *valores éticos prioritarios*, que los operadores, las instituciones y las iniciativas de salud pública deberían perseguir dentro de las comunidades sociales ampliadas y a través del enrolamiento consensuado de los ciudadanos-usuarios. Si se toman en consideración y si se confrontan entre sí las muchas visiones de la vida buena (y por tanto también de la vida sana, higiénicamente protegida), si se va a la clase de las disciplinas humanísticas y se atesoran las

reconstrucciones –realizadas por la literatura, incluso cinematográfica– a propósito del imaginario colectivo (que elabora vivencias de amenaza mortal y abre esperanzas de liberación preventivo-terapéutica), resulta entonces más expedito participar en el actual debate, encendido entre las diversas familias de pensamiento, y resulta por tanto posible, en consecuencia, preparar decisiones no paternalistas, sino democráticas, compartidas e inclusivas, en referencia a las políticas sanitarias.

Delegar en cambio tales decisiones a algún poder tecnológico humanamente sordo, a algún organismo económico o a la baja retórica partidocrática (ansiosa de arrebatar improbables consensos), nos entregará a la silla de tortura sobre la cual se encuentra sentado, muy a su pesar, el pobre maratonista Babe, en la película *Marathon Man* de John Schlesinger, el tímido judío, estudiante de historia y apasionado corredor, interpretado por Dustin Hoffman, que sueña con Abebe Bikila. Se le acerca peligrosamente el traficante de diamantes y ex nazi doctor Szell (Laurence Olivier), que empuñando los instrumentos de dentista (su antigua profesión), le perfora dolorosamente la dentina porque pretende de Babe informaciones reservadas. Y le hace la misma incomprensible, obsesiva, congelante pregunta: «*Is it safe? Is it safe?*» (“¿es seguro?”). Babe, aterrorizado y amarrado a la silla del dentista, no sabe qué responder. No sabe qué cosa significa aquella palabra. ¡No sabe qué sea...*safe!*

Bibliografía

¹ Cattorini PM. *Aspetti bioetici delle misure di sanità pubblica: il caso delle vaccinazioni*. Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità 2002; 14: 339-347.

² Cattorini PM. *Etica e sanità pubblica: vaccini e altre tematiche*. En: Id. *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*. Milano: Elsevier; 2011 (4ª ed.): 251- 268.

³ Beauchamp TL, Childress JF. *Principi dell'etica biomedica*. Firenze: Le Lettere; 1999.

⁴ Cattorini PM. *Cura*. Padova: Ed. Il Messaggero; 2014..

- ⁵ Chiapperino L, Del Savio L. *La promozione della salute pubblica: fra paternalismo e responsabilità*. En: Boniolo G, Maugeri P (curadores). *Etica alle frontiere della medicina. Per una cittadinanza consapevole*. Milano: Mondadori; 2014: 209-227.
- ⁶ Veatch RM. *The Right of Subjects to See the Protocol*. IRB: Ethics & Human Research 2002; 24 (5): 6-8.
- ⁷ Grady C. *Ethics of Vaccine Research*. Nature Immunology 2004; 5: 465-468.
- ⁸ Mariner WK. *Taking Informed Consent Seriously in Global HIV Vaccine Research*. Journal of AIDS 2003; 32 (2): 123.
- ⁹ Cattorini PM. *Mangiare solo pensieri. L'etica dell'anoressia*. Bologna; EDB; 2016.
- ¹⁰ Fox N, Ward K, O'Rourke A. *Pro-Anorexia, Weight-Loss Drugs and the Internet: An "Anti-Recovery" Explanatory Model of Anorexia*. Sociology of Health and Illness 2005; 27: 944-971.
- ¹¹ Rossi P. *Mangiare. Bisogno desiderio ossessione*. Bologna: Il Mulino; 2011.
- ¹² McNamee M (ed.). *Sport, Medicine, Ethics*. Florence, KY, USA: Taylor and Francis Group, Routledge; 2014.
- ¹³ Cattorini PM. *Il desiderio di salute*. Torino: Camilliane; 2013.
- ¹⁴ Spagnolo AG. *L'esitazione vaccinale*. Medicina e Morale 2015; 5: 729-735.
- ¹⁵ Giglio F. *L'introduzione della medicina potenziativa nel nuovo codice di deontologia medica*. Medicina e Morale 2015; 1: 61-80.
- ¹⁶ Cattorini PM. *Narrative Medicine. An Ethical Reappraisal*. Medicina e Morale 2015; 2: 245-266.
- ¹⁷ Nussbaum MC. *Emozioni politiche. Perché l'amore conta per la giustizia*. Bologna: Il Mulino; 2014.
- ¹⁸ Nussbaum MC. *L'intelligenza delle emozioni*. Bologna: Il Mulino; 2004.
- ¹⁹ Cattorini PM. *Movies on Bioethics. A double Review and Some Steps Forward*. The Journal of Aesthetic Education 2012; 46 (2): 111-121.
- ²⁰ Donatelli P (curador). *Veganesimo*. En: Lecaldano E. *Dizionario di bioetica*. Roma-Bari: Laterza; 2002: 318-319.
- ²¹ Moneti Codignola M. *L'enigma della maternità. Etica e ontologia della riproduzione*. Roma: Carocci; 2008.
- ²² Angelini G. *Il figlio. Una benedizione, un compito*. Milano: Vita e Pensiero; 1991.
- ²³ Tappe NA. *Understanding Your Life Through Color. Concepts in Color and the Aura*, 2nd Ed. Addison, Texas: Aquila Libris Publ. Co.; 2009.
- ²⁴ Carroll L, Tober J. *The Indigo Children: The New Kids Have Arrived*. Carlsbad, ca, USA: Hay House; 1999, tr. it. *I bambini indaco. Super-attivi e con doti straordinarie. Una nuova evoluzione della razza umana*. Diegaro di Cesena (FC): Macro Edizioni; 2013.
- ²⁵ Franzoso M. *Il bambino indaco*. Torino: Einaudi; 2012.
- ²⁶ Winnicott DW. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze; Martinelli: 1975: 357-363.
- ²⁷ Vegetti Finzi S. *Storia della psicoanalisi*. Milano: Mondadori; 1990: 341-345.
- ²⁸ Grisez G. *Towards a consistent natural law ethics of killing*. The American Journal of Jurisprudence 1970; 15: 64-97

- ²⁹ Finnis J. *Legge naturale e diritti naturali*. Torino: Giappichelli; 1996.
- ³⁰ Balistreri M. *Etica e romanzi. Paradigmi del soggetto morale*. Firenze: Le Lettere; 2010.
- ³¹ Cattorini PM. *La Civiltà Cattolica* 2012, II, 4-18 agosto, q. 3891-2: 337-338.
- ³² Cattaneo F. *Azione e narrazione. Percorsi del narrativismo contemporaneo*. Milano: Vita e Pensiero; 2008.
- ³³ Cattaneo F. *Etica e narrazione. Il contributo del narrativismo contemporaneo*. Milano: Vita e Pensiero; 2011.
- ³⁴ Cattaneo F. *L'azione narrativa*. En: Botturi F (curador). *Prospettiva dell'azione e figure del bene*. Milano: Vita e Pensiero; 2008: 119-140.
- ³⁵ Mill JS. *Saggio sulla libertà*. Milano: Il Saggiatore; 1991.
- ³⁶ May T, Aulisio MP, Silverman RD. *The Smallpox Vaccination of Health Care Workers: Professional Obligations and Defense against Bioterrorism*. Hastings Center Report 2003; 33 (5): 26-33.
- ³⁷ Pellegrino ED, Thomasma DC. *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*. Cinisello Balsamo: Edizioni Paoline; 1992.
- ³⁸ Ricoeur P. *Finitudine e colpa*. Bologna: Il Mulino; 1970.
- ³⁹ Ricoeur P. *Il conflitto delle interpretazioni*. Milano: Jaca Book; 1977.
- ⁴⁰ Nussbaum MC. *Non per profitto. Perché le democrazie hanno bisogno della cultura umanistica*. Bologna: Il Mulino; 2011.
- ⁴¹ Nussbaum MC. *Giustizia poetica. Immaginazione letteraria e vita civile*. Milano-Udine: Mimesis; 2012.
- ⁴² Cattorini PM. *L'occhio che uccide. Criminologi al cinema*. Milano: FrancoAngeli; 2006.
- ⁴³ Cattorini PM. *Narrative Medicine. An Ethical Reappraisal*. *Medicina e Morale* 2015; 2: 245-266.
- ⁴⁴ Cattorini PM. *Bioetica e cinema. Racconti di malattia e dilemmi morali*. 2° ed, Milano: FrancoAngeli; 2006.
- ⁴⁵ Verweij M, Dawson A. *Ethical principles for collective immunisation programmes*. *Vaccine* 2004; 22: 3122-3126.
- ⁴⁶ Cattorini PM. *La prevenzione dell'AIDS e le campagne di informazione*. *Kos. Rivista di Scienza e Etica* 1990; 58: 17-20.
- ⁴⁷ Alta Charo R. *Politics, parents, and Prophylaxis – Mandating HPV Vaccination in the United States*. *NEJM* 2007; 356: 1905-1908.
- ⁴⁸ Spagnolo AG, Moltisanti D. *Vaccinazione contro il virus del papilloma umano*. *Medicina e Morale* 2007; 1: 219-223.
- ⁴⁹ Villa R. *L'esperienza del Veneto. Verso il superamento dell'obbligo*. *Corriere della Sera*, 18 novembre 2012: 44.
- ⁵⁰ Lundh LG. Normal suggestion. An analysis of the phenomenon and its role in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 1998; 5 (1): 24-38.
- ⁵¹ Jordan E. *Introduction to J. Austen, Persuasion (1817)*. Ware-Hertfordshire: Wordsworth Ed.; 2000.
- ⁵² Austen J. *Persuasione*, tr.it. di L. Pozzi, Introd. Di A. Bertolucci, Milano: Garzanti; 2001.

- ⁵³ Booth WC. *The Company We Keep. An Ethics of Fiction*: Berkeley: Univ. California Press; 1998.
- ⁵⁴ Cattorini PM. *Etica e critica letteraria. La lezione di Wayne C. Booth*. Rivista di Storia della Medicina 2010; 61-98.
- ⁵⁵ AA.VV. *Enciclopedia Filosofica*. Milano: Bompiani; 2006: 8553-8556.
- ⁵⁶ Vattimo G. *Introduzione a Nietzsche*. Roma-Bari: Laterza; 1885.
- ⁵⁷ Cattorini PM. *Il tragico in Nietzsche. L'etica come estetica*. Bio-ethos 2011; 11-12: 93-126.
- ⁵⁸ Natoli S. *Nietzsche retore e filosofo*. Fenomenologia e Società 1983: 16-41.
- ⁵⁹ Michelstaedter C. *La persuasione e la retorica*. Milano: Adelphi; 1982.
- ⁶⁰ Nietzsche F. *Umano, troppo umano, I*. Milano: Adelphi, 1979.
- ⁶¹ Nietzsche F. *Così parlò Zarathustra. Un libro per tutti e per nessuno, II*. Milano: Adelphi; 1976.
- ⁶² Deleuze G. *Nietzsche. Con antologia di testi*. Verona: Bertani; 1973.
- ⁶³ Cattorini PM. *Estetica nell'etica. La forma di una vita degna*. Bologna: EDB; 2010.
- ⁶⁴ Colombo G (curador). *L'evidenza e la fede*. Milano: Glossa; 1988: 423-425.
- ⁶⁵ Cattorini PM. Recensione di Rappuoli R, Voza L. *I vaccini dell'era globale I*. Bologna: Zanichelli; 2009. En: La Civiltà Cattolica 2011; q. 3855, 5 febbraio 2011, a. 162: 313-314.
- ⁶⁶ Swindell JS y Al. *Beneficent Persuasion: Techniques and Ethical Guidelines to Improve Patients' Decisions*. Annals Family Medicine 2010; 8 (3): 260-264.
- ⁶⁷ Kodish E. *The ethical negligence of parents who refuse to vaccinate their children*. The Washington Post. June 26, 2014.
- ⁶⁸ El Amin AN. y Al. *Ethical Issues Concerning Vaccination Requirements*. Public Health Review 2014; 34 (1).
- ⁶⁹ Shaw D, Elger B. *Evidence-Based Persuasion. An Ethical Imperative*. JAMA 2013; 309 (16): 1689-1690.
- ⁷⁰ Cattorini PM. *Malattia e alleanza. Considerazioni etiche sull'esperienza del soffrire e la domanda di cura*. Firenze: Pontecorboli; 1994; 2° ed. con Postfazione aggiornata 2010.
- ⁷¹ McIntyre P y Al. *Refusal of parents to vaccinate: dereliction of duty or legitimate personal choice?*. The Medical Journal of Australia 2003; 178: 150-151.
- ⁷² Sparrow A. *Syria's Polio Epidemic: The Suppressed Truth*. New York Review of Book 2014; Feb. 20.
- ⁷³ Illich I. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Mondadori; 1977.
- ⁷⁴ Zambon MC. *Ethics versus evidence in influenza vaccination*. The Lancet 2004; 364 (9452): 2161-2163.
- ⁷⁵ Krantz I, Sachs L, Nilstun T. *Ethics and Vaccination*. Scand. J. Public Health 2004; 32: 172-178.
- ⁷⁶ Biss E. *Vaccini, virus e altre immunità. Una riflessione sul contagio*. Milano: Salani Ed. - Ponte alle Grazie; 2015.
- ⁷⁷ Callahan D. *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*. Milano: Baldini & Castoldi; 2000.

⁷⁸ Zanobio B, Armocida G. *Storia della medicina*. Milano: Masson; 1997

⁷⁹ Grimal P. *Enc. Miti*. Milano: Garzanti; 1987 (ed. it. por C. Cordiè).

⁸⁰ Palazzi F, Ghedini G. Voz "Igiea". En: *Piccolo Diz. Mitol. Antich. Class.* Milano: Mondadori; 1945.

⁸¹ Vegetti M. Voz "Medicina, Storia della". En: *Enc. Filos.* Milano: Bompiani, 2006.

⁸² Kopelman LM. *Bioethics and Humanities: What Makes Us One Field?* *J. Med. Phil.* 1998; 23 (4): 356-368.

⁸³ Ruspantini N. Voz "Igiene". En: *Enc. Filos.* Novara: Edipem; 1979.

A safe and persuasive vaccine. Ethical-narrative consideration in public health

Paolo M. Cattorini

Abstract

The meaning of ancient words (hygiene, public health, welfare, community medicine) has become confused, vague and even contradictory in our contemporary pluralistic arena. With the decline of paternalism, a new dialogue between biomedicine and humanities is required, as the very notion of medicine is undergoing a difficult crisis. In this article two recent movies are presented examined and commented upon, portraying the psychological concerns and ethical dilemmas of the agents involved (both professionals and lay people). The author shows how ethical awareness might be incremented, for the sake of rationally justifying the aims, methods and criteria of a shared decision within the community about delicate issues in public health. In particular, the narrative can help us to make sound and just social and medical choices, thus, it is considered, and elaborated correctly and with competence.

Key words: hygiene, cinema, safety, public health, narrative bioethics, persuasion.

University of Studies of Insubria, School of Medicine, Varese, Italy
Original title: "*Un vaccino sicuro (safe) e convincente (persuasive). Considerazioni ético-narrative in tema di sanità pubblica.*" Published in the Journal: *Medicina e Morale* 2016/3: pages 243-273. This translation has not yet been approved by the author.

1. What is public health?

The lay person, who seeks the definition of hygiene in an ordinary dictionary, finds suggestions such as the following: branch of *medicine* dedicated to teaching and implementing individual and collective measures aimed at safeguarding the psycho-physical health of the community, particularly in order to prevent the emergence and spread of infectious diseases. Hygiene therefore implies *science* –and in general the basic disciplines that describe or explain the phenomena being considered– or the *practice* that suggests certain life and food regimens or that organizes and performs medical procedures to constrain pathological diseases. The reader also receives definitions of a different type: hygiene may indicate the *condition* of groups or individuals; the ideal condition for not contracting diseases. In this case, this refers to the salubriousness of climates, environments and metabolic equilibrium. Thus, these old terms (health, hygiene, community medicine and similar) take the various difficulties into account, in order to provide convincing and coherent meaning.

There are a number of reasons. *Moral pluralism* has multiplied and fragmented the traditional ideas concerning “healthy” life, revealing the contrasting normative dimensions of the concept and calling into question the uniformity of the “welfare” model, which inevitably connotes the notion of health. If there is debate or even open conflict about what living with dignity means (consider the bioethical dilemmas at the beginning and end of life), it is understandable that there are alternative interpretations for certain hygienic parameters, as some follow a vegan diet or simply reject vaccinations, prioritizing overriding existential values, or relativizing other benefits, such as physical health, or running the risk of contracting (to some extent) avoidable pathologies.

A decline in *sanitary paternalism* has also robbed specialists of the conclusive authority for defining prevalent health interests of individuals or communities. We define paternalism as the idea that an

operator or health agent, based on its competence and experience, has the right to decide for itself in the name of the good of the patient, in this case (public health) or a community of citizens (who could become ill) if dialogue with the so-called “lay person” is not established; a dialogue through which to comprehend what these preferences really are in terms of the values of the beneficiaries or even transgressing the convictions, which people believe in, in order to achieve that which is considered to be true, or the most relevant, effective or efficient indication or *policy* in the context of *public health care*.

The “lay person” today claims a legitimate right to self-determination (which evokes *the principle of respect for autonomy*) concerning both the qualification of aims, as well as for conditioning the remedies intended for therapies, prevention, rehabilitation and alleviation of pathological conditions that may be either individual or collective. Only through preliminary communication (revealing the divergence between public opinion and specialists) is the preparation of a shared decision considered practically feasible today, making this neither infantile nor corporative.

A similar discourse also deals with the interdisciplinary aspect of public health policy. We understand by *interdisciplinarity*, recourse to varied disciplinary perspectives, not simply to unite one with another (this would only be multidisciplinary, where a certain problem is seen from different perspectives) but to promote interaction between them, with the intention of exchange or better still in order to reciprocally translate the many points of view. The hygienist must attempt to take different perspectives when reading the data (naturalistic and humanistic) and vice versa and to interpret, thanks to his traditional skills, data from other areas, in order to promote synergy and produce dialectical enrichment.

Let's consider the problem of *eating habits*. The question about whether a certain nutritional regimen is advisable cannot be answered by a single science, for example by epidemiology, which documents the higher level of vascular fatalities in communities that

consume large amounts of “dangerous” fats in their diet. In fact, even if the statistical proof of a causal nexus can reasonably be argued, the impact of the behavioral transformation (which one wishes to induce in the diet), entails the collection of more varied and complex indications, on the part of an internist, nutritionist, psychologist (the experiences of citizens, their *compliance*) sociologist (family food traditions in relation to self-representation of groups), cultural, ethical-legal (with respect to minorities that for ideological-religious reasons exclude or augment the use of certain food substances). Only if the various disciplines sit at the same table will they confront and discuss their points of view, seeking overlapping concepts and criteria (which enable ethical reinterpretation of scientific data and cementing ethical-cultural theories, by putting them to the test), is it possible to tackle the solution to a biomedical problem in a more mature way, such as nutritional, with deep resonance for the existence of individuals and towards the political decisions of communities.

The last reason for disorientation, briefly mentioned here, revolves around the *uncertain identity of medicine* (individuals or communities), which is invalidated by a heavy ethical-professional dilemma that has impact and fails to take a transparent, definitive and argued position, about the choice between the traditional Hippocratic purpose (to use the jargon of international literature: *do no harm, relieve suffering, care for illness*) and the iatric technique (*body enhancement, transhumanistic self-rebuilding, psycho-physical performance-improvement*). In the first case, hygiene increases and contributes simply to the resources and organic or group responses capable of reacting to attack by a noxious pathogen; in the second case, the sanitary technique satisfies the need for improvement or bodily modification (for aesthetic, reproductive, ideological, religious or image purposes) provided by a free, informed and competent user (individual or partner).

The most obtrusive example (which is very much a part of public health problems) is that of *doping*, a practice often abhorred

with bombastic rhetoric, but occurring widely, not only because of related commercial interests, but also because of the difficulty of providing a rationally argued critique [12-13]. The proponents of doping (more precisely, those who maintain a liberal norm on this matter) have made their theses explicit. There would be no unjust chaos, if public permission to use doping substances existed (certifying their prescription); damage to athletes (likewise present in many risky or extreme sports, which has nevertheless been permitted for some time) must be demonstrated on a case-by-case basis. Paternalistic prohibitions cannot be justified (in addition to the fact that doping, clandestinely undertaken would be more dangerous than its decriminalization); the risk of emulation (that is inducing young people in particular to imitate the behavior of the famous athlete who uses substances) is unfortunately already present in desperate competition (in both competition and in training) of elite sports. Moreover, the poor role model offered by society to the most immature or vulnerable subjects, regarding the use of caffeine, alcohol or tobacco, has not necessarily resulted in prohibitive laws. In short, qualifying the doping agent eliminates vagueness, concerning the notion of natural/normal in a pluralistic society like ours (otherwise no one would condemn the nail-shoes worn by certain athletes, as an affront to the “naturalness” of ambulation”.

To these objections one can (in our view, one must) replicate, but certainly not by reiterating traditional commonalities, nor by imposing abstract, pretentious, ambiguous and even contradictory deontological norms, insofar as they, in the one instance prohibit doping and on the other, legitimize this so-called medicine for “empowerment” imposing simple conditions, among which (in addition to caution, proportionality, competence, medical information), is the written consent of the “empowered” subject.

Public health ethics therefore needs to *reconsider its own prototype language*. Correspondingly, in this article we intend to comment on some cinematographic plots, in which the desires of citizens, communities, social groups; interrelate with hygienic health in the do-

documentation of cultural values (and therefore partially controversial) values of the key words used (safety, health, security and medicine). It is also our intention that the abundance present in *narrative medicine* [16] and more generally in *medical humanities* be discovered in public health, in order to prepare a mature public debate and motivated decisions in the context of technical organizational strategies (vaccinations, information campaigns, preventive actions, etc.) thus attracting many resources, which could be invested elsewhere or –if still remaining in these areas– could be used with greater awareness and relevance, in relation to their human and social goals.

We realize that commentary on texts, a practice common to literary criticism, introduces innovation to the *stylistic genre* of that normally presented in essays on the subject of social medicine, and yet this formal innovation produces in our opinion, a timely focus on the ideographic, existential, personal and biographical aspects of the disease experience; in terms of treatment and prevention, aspects without which health options are at risk of not being understood, approved and implemented by the moral actors, who are involved on a daily basis [17-19]

2. The movie “Hungry Hearts”

What does a citizen, a user of health services fear when he struggles against an environment that he considers harmful, dangerous, unsafe, and seeks allies (among health professionals) in his own daily battle? We explore this question, taking as our point of departure a song, which is decisive, in the cinematographic context, on which we now comment.

«Tu si' 'na cosa grande pe' mme; 'na cosa ca me fa nnamura' ...» You're a great thing for me! So sings Domenico Modugno, putting music to the text by Roberto Gigli (1964). But then he wonders why his hunger for love does not receive an explicit answer:

“pecchè nun m”o ddice ... pecchè non m”o faje capi ‘... dillo ca me vuoi bene”. Why do you not tell me that you love me like I love you? Erotic love, but also the love of a son for a mother, cannot be tranquil until reciprocated. A partner’s words do not suffice. Not even concrete gestures, acts of love. It takes a *promise*, a sign of mutual trust: let me be close to you, have a child with you and raise it with you. What is this therapeutic alliance, what does affection mean, what does it mean to protect a child, what moral enigmas does maternity conceal, what does it mean to prevent contamination of the environment, what type of health regime should be promoted with reference to the unborn child and in general for future generations, what is the point of proclaiming oneself a defender of public health: all these thoughts and emotions are investigated in cinema. Cinema is hungry for non-banal responses but nor can it provide universal doctrines or ones that are sufficiently general (and verifiable through an objective experiment) as in medical specialties. The authors of the film nevertheless leave us with precious snippets of narrative (for example in the form of clinical cases, of public health stories), indigestible but revealing fragments, like open images, which must fill our retinas, while we thirst for other visions, of new health intervention projects. At stake is a sense of existing and attending to: “Je me ne moro accussi, guardanno a tte”. Yes, I can die, looking at you.

Mina, who is Italian, and Jude, American find themselves in an ugly place; the uncomfortable bathroom of a Chinese restaurant, but a flashing love story develops. She becomes pregnant (less convinced than he). Marriage follows. The pregnancy is affected by her eating habits and thinness. A baby is born, after a painful and troublesome labor, firstly in water and then by cesarean section, due to complications. The stormy doubts on the part of Mina begin, as she wishes to protect her son from impurities, contaminations and risky contacts, because according to the opinion of a contracted visionary, this will be a special being, an “indigo” child. Shut in at home, away from any source of light, fed according to

vegan principles and following rigid schedules, hyper-controlled at the hygienic level, with limited food, among which feature oily seeds and a few vegetables grown on the terrace of the apartment, foreseeably, the small one manifests growing difficulties, which the doctors easily diagnose. Tension grows with the husband (who secretly contacts doctors and supplies the child with homogenized animal protein foods) and with his mother-in-law. In order to protect him from Mina's obsessions, Jude --having consulted a lawyer-- takes the child with him. Mina goes to visit him at the paternal grandmother's house, but she wants him back and prepares legal opposition ... This is the plot of the first part of the film by Saverio Costanzo, *Hungry Heart*, Italy, 2014, with Alba Rohrwacher, Adam Driver, Roberta Maxwell, Al Roffe, Geisha Otero.

We will not discover the child's name, during the trajectory of the film. This may indicate two things. Either that the ENTOURAGE (environment) fails to take into consideration the effective personal originality of our vulnerable guest, or that the case of clinical ethics presented here, goes far beyond a concrete history, expanding to include common deontological problems related to all child care; problems that the health care worker, the pediatrician and the social worker face daily.

Any health care worker, who has followed conflictive cases at the earliest developmental age, will have heard echo of the following moral questions, which parents ask (more or less thematically) before, during or after pregnancy. Are we allowed to have a child? Are we truly "owners" of such an important decision? And finally, are we guaranteed to fulfill (also in the area of health care) such an important task as that of being mother and father? [21] These questions, which weigh on every couple, profoundly affect the *contemporary* family, often an isolated nucleus, engaged in busy work schedules, making great demands on the quality of internal relationships. The child, welcomed and attended with intelligence and haste, is desired as the new actor in a group, desiring affectionate confirmation, a smile of recognition, a gracious caress, a word

of approval. If he is well, if he sleeps calmly, if he plays with enthusiasm, if he demonstrates curiosity, he has the power to reassure his parents (and doctors), to offer them reasons for hope, to fill a void with meaning, to constitute the bridge of alliances extended to relatives, other couples, society as a whole. Today's parents, wishing to refrain from falling into the paternalism of old and avoiding the distant exercise of authority, invest much in terms of psychological urgency and so placate the inevitable anxieties, that accompany the birth of every human offspring.

To beget a child in fact, apart from being the fruit of a series of actions planned with responsibility, presents itself as a fascinating and unknowable possibility, which presents itself throughout a love story. Contrary to the myth of individualistic self-expression (cherished and spread by medicine --even public-- inspired by myths of omnipotent and spectacular healing, of total control, delegating to technicians, the biological reduction or engineering of decisions), the experience of producing offspring reveals the reality of our passive dimension: we are driven by *passions*, which ignite narrative scenarios, to which we can accede, or from which we are free to remove ourselves. Whatever our decision (and the manner that we decide) about this procreation, it will cause effects that will rebound on our adult identity; it will change our way of living as men or women, as citizens, as health care users or professionals, as mothers or fathers, even as children or patients. Before constituting an individual right (to receive treatments, to be assisted), procreation demands that we obey a sense of existence (incarnated in the future baby), a meaning that we have not invented, but rather appeals to our freedom and asks us to bow down, to predispose a womb, to guarantee hospitality and fidelity to those who will make their way in the world through us and beyond us, and who will ask us to protect them, accompany them in territories and thoughts never before explored, and finally to let them go, respecting decisions which may be far removed from our own.

It would be reductive to interpret Mina's strange hygienic fantasies as banally irrational and to ignore them as psychopathological syndromes, which call for mandatory sanitary treatment or a disavowal of paternal authority. Take the case of "indigo". Indigo children will be –according to certain New Age readings (not univocal in the same interior)– the new, inspired spiritual masters of the third millennium. They will announce a new spiritual evolutionary threshold for already mature humanity, because of certain more peaceful and eco-friendly forms of socialization. They are defined as sensitive, creative, empathic, readily intuitive children who can exhibit, along with gestures of delicate contact, aggressive behavior if their own talents are not captured, appreciated and valued. Their "abnormality" might go unrecognized by western educational and pediatric systems, which diagnose and treat them using –approximations (such as "holistic" denunciation)– pedagogical categories, medical criteria and even drugs (confusing them with hyperactive subjects in terms of motor aspects and deficit of attention).

We have not yet been able to actually see the film *Indigo*, directed and produced by Stephen Simon, USA 2003 starring Neal Donald Walsch) and sponsored by a *Spiritual Cinema Circle* to which subscribers contribute monthly to DVD material on neo-spirituality issues. Among the arguments, which are evoked, we find the criteria for recognizing and cultivating the special psychological and human attributes of indigo children. In the film made by Simon is a girl Grace, who endowed with this salvific blue aura, helps the family using her extraordinary perceptual, cognitive, communicative (even with angelic beings) and thaumaturgical gifts.

And pediatrics, child neuropsychiatry, and public health would be mistaken if they confronted these bizarre cultural representations with the instruments of pure biochemistry or with the weapons of psychopharmacology, without elaborating on the inherent ethical-cultural meanings. Prior to "explaining" in a deterministic sense, it is necessary to seek "to understand" in the anthropological

sense. If you watch the documentary *ADHD Rush Hour*, Italy-Germany 2012 (address, subject and scenery by Stella Savino), dedicated to so-called attention-deficit hyperactivity disorder, or if you read the loyal and hard self-criticism by the psychiatrist Allen Frances (one of the leaders of the fourth edition of the American Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), there is a well-founded suspicion that excessive medication and uncritically applied emphasis on the biological paradigm of disease, devalues contextual factors and biographical evidence of the onset of symptoms. Diagnostic inflation may introduce distortions to the efficient (and humanly sensitive) psychiatric practice. A social medicine strategy (in the specificity of “management” of mental hygiene), based on checklists, may homogenize individual differences and evaporate the notion of normality, claiming that a specialist technique has the power to deal with disgust. Subjects who are just about to become ill would be induced to go through complicated medical procedures and the consumption of psychotropic drugs, with the corresponding risks and side effects.

What Mina claims in the film has a very different flavor. The message she put out can be decoded in this way: everyone who is born, is in their own way, special, is “indigo”; is a miraculous color with potential for creative development. They must defend themselves against the contamination of a homologous society, beholden to fashion and an intoxicated ecology. Mina, in contrast, has made a mistake in isolating herself, in giving in to charlatans, by attempting to be perfectionist, in imposing a medical regime, confusing biological problems (nutritional, hygienic, sanitary) with those that are real moral dilemmas, firstly by accepting a limit and the mature management of the risk of living. Mina “kidnaps” the baby and damages it, precisely because she tries to remove it from risky contact with the environment and from wider social relationships.

Is Mina to blame? In some ways, perhaps. But she is not the only one. Where is the family doctor? Why cannot public health managers intercept this situation? Are there no self-help groups?

How does communication between the obstetrician, neonatologist, internist and psychiatrist function? The film does not make peremptory judgments. Mina is above all sensitive to pain. In her neurosis, Mina has perceived, earlier and more than others, horrendous ways of life: the premature loss of her mother, the effective remoteness of her father. Innocent deer killed in a game for exhibitionists. The ferocious hostility of her mother-in-law («you have entangled my son»). The perverse noise of New York. The indifferent impulse of sex. A mechanical, alarmist, aggressive medical practice, polluted air and poisoned food. It is not surprising that, in her solitude, depressive symptoms emerge, phobias about dirt and persecution complexes. She loses weight; she manifests mental illness and then seems to temporarily emerge, with her baby, finally happy at the seaside, walking in the real world.

«Mina is not crazy, she is unusual» says her partner. Psychiatry does not have the last word concerning the limits of these conditions. A great expert on childhood, Donald Winnicott, a pediatrician and psychoanalyst, also said that any mother, who is “good” enough, develops during pregnancy (and especially in the period before birth and a few weeks after birth), a *primary concern*. A condition that the woman then tends to forget, which resembles a disease, a withdrawal, a dissociation of the mind; when preoccupation for the baby takes precedence over everything. It is thanks to this special sensitivity that the woman manages to identify with the child and responds to the needs of the latter. It is this semi-fusion that protects the baby and saves it from threats of annihilation. A woman, Winnicott wrote, must be healthy, both in order to reach this state, as well as to be able to emerge from it, when she sets her offspring free.

Now this is a *moral transition*, not merely psychological, and taking this ethical perspective, Winnicott’s words about a paternalistic model of “prevailing devotion” corresponding to the type of “dependable” citizen or subject, who will undertake duties of sociability in a rational way, including those of dedication and basic

assistance towards the weakest elements of the human family. Are not these the “users” that community medicine, hygiene and public health must reach, convince and provide for, at a cultural and organizational level? [25-26] This is compassionate control, consisting of a relational alliance that prevents developing subjects from erecting premature, rigid and stifling defensive structures, and producing “false ego’s,” which crush or conceal their authentic constitutional tendencies. As the mother “recovers” from her “preoccupied” condition —concludes Winnicott— the baby learns to elaborate the idea of her as a person. Contrarily, if during the very first phase of car, mothers feel that they have failed and attempt to subsequently compensate for this lack, then instead of enjoying a warm affectionate relationship “they become involved in the need for therapy for their baby, in an extended period of adaptation to their needs, or vices. They become therapists instead of mothers “[26].

Perhaps this is what happened to Mina and the family, to medicine and to society, which has surrounded her without success?

3. Public health and conflicts between autonomy and charity

Concerning the human complexity of an event such as the one narrated here, it amounts to very little if we try to summarize and value this in the abstract language of ethics, as is commonly undertaken in both deontological and theological type manuals. Important philosophical traditions, such as Kantian, utilitarian or neoclassical (with their overriding reference to a supposed natural law) [28-29], devalue the importance of narration, equating it with crude, confusing, changing, uncertain material on which one should attempt to base safe laws, that are prepared a priori and capable of producing deductively a conclusion of uncontroversial value (with the logical coherence of geometrical syllogism).

The *rationality* of the moral agent, even when indicated in totality (with its freedom, affectivity, volitions and motivations) in the axiological dilemmas found throughout an unrepeatably biographical plot, is often defined as disembodied intelligence, put under conditions of imperturbable self, linked to the obedience of an impersonal imperative (or to the intuition of fundamental human benefits, to which the human being would be “naturally” oriented), imperturbably deaf to passionate inclinations and affectionate relationships.

The *removal* of the narrative component of moral judgment, besides appearing vulgar, is contradictory to the qualities that are sought and appreciated in the delineation of theoretical structures. One theory argues that the value would increase; the more connoted the explanatory power or the faculty for understanding and desirably resolving historical enigmas that envelop moral life, while confronting them in a clear, coherent, complete, simple, argued, productive, practicable way [3, pp. 56-57]. Now, if stories, with their value problems, represent the *proof bank* for theories, this means that the matter from which both extremes (narratives and principles, existential events, and doctrines) are formulated are common, so that the moral system would be valued because of its ability to account for the revealing and educational power of narration.

In the context of public health, it is not difficult to identify the paradoxes, which lead to anti-narrative ethical positions. These positions reconstruct the debate as a confrontation between motives linked to *autonomy* and motives related to beneficence. Let us take a closer look at the contradictions in this ambit.

The *first hypothesis* for a regulatory foundation is associated with freedom for the subject, for example the freedom to reject the imposition of vaccines. The guiding affirmation is that generally in a liberal situation, no infringement of the sphere of privacy would be justifiable, a sphere which according to certain versions is equivalent to the limits of one's own body or, in others, coincides with

the capacity for self-determination. The individual would thus have upmost freedom of decision regarding the process of his own biographical evolution. But would this freedom be *absolute*?

Limitations to this sovereignty have been broadly defined: the first instance refers to possible damage to other subjects; the second alludes to the illegitimacy of renouncing one's own condition of liberty (he who acts in such a way as to "freely" align himself or dispose of himself, smothering the dignity of being free, a dignity, which is thus recognized as an intrinsic value, against which –and not only by virtue of which– decisions are made); the third mentions situations in which the extent of effective autonomy of the one deciding is questionable, so that an apparent outside interference with this privacy would not in fact damage the latter or might even be beneficial, guaranteeing a more mature future implementation and hypothetically gaining, the approval a posteriori on the part of the subject himself. This is known precisely as *weak or moderate paternalism* (as such justifiable under certain conditions) transient interference with the decisional sphere of groups or individuals, in order to prepare conditions for a truly autonomous decision (in the case, for example of a suspected lack at the present moment for elements constituting a valid sense or rejection of health measures: information, freedom, *competences*).

The *second hypothesis* for the regulatory foundation instead emphasizes the *welfare* of moral actors (the relevance of a vaccination plan –for example– must relate to the welfare of a community). Promoting the greatest good for the greatest number of people (the well-known utilitarian maxim) is the intention proposed by welfare ideals, which makes use of narration as a means to amplify, making it possible to represent various conflicting scenarios, as completely as possible, weighing them against each other in the consequentialist balance. This second ethical conjecture has also been assessed provoking many *objections*. On one side, the calculation of effects could induce paternalistic suppression of individual freedoms, if the circumvention of the latter is worth less than the

firm purposes achieved. On the other, if one only ascribes to this individual or group agenda (epistemologically privileged to perceive and value its greatest convenience), the choice of the measure of perceived benefits (health, pleasure, satisfaction of desires?), thus lies in the libertarian hypothesis described above.

Equally controversial is the use of the concept of *responsibility*, which is sometimes quoted when proposing public strategies for prevention or treatment. Let's list a first set of questions. On the moral plane, do people have a duty to take care of themselves? And is this duty intrinsic (responsibility to oneself) or is it motivated by responsibility towards third parties, who may suffer serious consequences in terms of social costs derived from well-avoidable external diseases or by unjustified risky behaviors? Does the citizen/sick person really harm society, who by disregarding the doctor's advice to vaccinate (or not to smoke), takes precious health resources from the community (even without directly harming the latter)? Is the absence of a benefit tantamount to real or self-harm? If the negative consequence of a preventive omission only coincides with the (documentable and consistent) induction of an "increased risk" for others (even though not a real contagion, much less a diagnosable clinical picture); this omission may justify interference (obviously proportionate) on the part of the public authority?

Apparently, the type of response to these questions depends on the ethical relevance assigned to the *duty of solidarity*: from mere non-invasion to feasible compliance, as far as "super derogatory" sacrifice. More radically, we must ask ourselves again: are we responsible for those who surround us? If yes, does this refer to everyone, or only to those to whom we have pledged special attention? Why, in other words, should we recognize the other as worthy of our guardianship? Why not instead opt for ethical selfishness, in terms of which one simply has to fulfill the action which serves—more or less directly—himself and only himself? Is there a specific duty of solidarity on the part of certain professional figures

(doctors, for example, directly involved in the defense/promotion of collective well-being) to take greater risks than the common citizen?

Theoretical contradictions, related both to orientations of thought (and therefore to liberal or welfare strategies for *public health care policies*), are exacerbated at the moment when one tries to apply what is regarded as a very important principle to concrete cases or situations. Applying this, in fact indicates that above all the moral existence of real subjects is more multi-faceted, plurivalent and overlapping, in terms of the conceptual categories used (as organized in systems of values). Mina, in *Hungry Hearts*, would not wish to dissociate autonomy of well-being, in so far as her intensions are for the good of a child, but neither is she deaf to social welfare; however, she claims the right to follow her own autonomous educational style and to prepare for the baby, a future that is liberated from the suffocating drudgery of a medicalized state. Contrarily, society doubts that Mina is effectively rational in her decisions, fearing that obscure emotional factors will induce her to harm the child, thus they intrude upon a delicate primary relationship, without undergoing sincere self-criticism of their own prejudices.

The film documents the overlap between *autonomy and beneficence* (good is always good-for-someone, who decides for himself, well-being, guaranteed by secure dependence is conducive to exquisitely personal and free decisions, heteronomy is a source of hardship, discomfort, illnesses [37]) and puts into focus the contrast between two visions of the good life (hence also of health and freedom), that of the mother and the extended family, who fail to engage with each other in a healthy discussion of their interpretations or to express their own emotional experiences, much less to rework their respective narrative paradigms; but instead they are thrown into a confrontation of welfare rules and seemingly irreconcilable individual rights. The viewer, in the face of these failures, has the plausible impression that –whenever an ethical principle is applied– a *rebound* effect will result: each ethical position,

embodied in this or that character of the film, appears to be obliged, at the moment when their own precepts land in the *casus belli* (subject of controversy), to suffer a backlash and to reformulate their own basic affirmations, as if they are undergoing a life lesson, that cracks or explodes their ordinary analytical categories. The father faces Mina's unforeseen character traits. The latter should reconsider some of her values, in light of the effects on her child. The mother-in-law negotiates some pedagogical rules; too rigid for the affective situation that has been set up.

How then can we come to terms (we return to the initial resentment) with the impasse of theories inherent in the ethical discernment of public health matters?

4. The “Safe” movie

Cinematographic narration has much to teach contemporary medical ethics and therefore also concerning approach to care on the part of community medicine. This not only relates to the content of these movies, but also to the expository form adopted. In the movie *Hungry Hearts*, the director uses a handheld camera for his shots. He himself enters the field. “He creates ethics” as he brushes against hungry bodies and hearts. The film was shot in English, across the ocean, in rough New York. The photography by Fabio Cianchetti, the music by Nicola Piovani and the composition by Francesca Calvelli celebrates contact with bodies that enjoy or suffer, are abandoned or struggle. The author also enjoyed the film for its innovations, its developments, its cinematographic takes, which inspired him, while the original text played out. When a story “is consistent” –Franzoso has commented– it takes its course through authors and readers. The scenography remains consistent with the diverse moral positions, to the point of the unfortunate ending.

Otherwise in cinema, no one is *safe*. Director, actors, spectators; we are all exposed to the contagious atmosphere of a story that demands obedience, respect and a welcome, like every newborn. A *good story* must enter your life and examine your conscience: are you ready for me? Are you providing enough? Are you feeding me? Are you nurturing me? Every vision is an experiment of incarnation, because new scenes are opened within the mind and body of those who choose to believe in the story. And we leave the movie shaken and excited by an unexpected responsibility, a new thirst for truth. The film has consumed us, has put us to the test in narrow spaces. But we are not alone. A narrator helps us to wind a thread of meaning into an event that had to have a better ending, even from a hygienic-sanitary point of view.

We now associate these reflections with another view, which scholars in public health and environmental sustainability should not lose sight of. In what sense does evil come from the exterior? In what sense should hygienic optics accompany us along the paths of our medicalized life? An obscure malaise assaults the young, timid Carol White (played by the excellent Julianne Moore), devout wife, beautiful, young and rich, with a wealthy husband, dependent stepson; a woman apparently well-adjusted to the empty world of opulent San Fernando Valley. Everything has its place: new furniture, efficient caretaker, clean rooms, omnipresent body guards. But something fails to function in Carol's very safe, secure, clean world. Something is not *safe*. It remains unseen, it has no material manifestation, perhaps it is "outside, in the air". It is everywhere; but not defined anywhere.

Perhaps it is nestled in the obsessive pastel colors of the rooms and in the euphoric and complacent rituals of the lofty housewives, experts in the kitchen, gym and beauty farm (spa). The malaise is initially impalpable and then generates an avalanche of symptoms: headaches, asthma, skin irritation (Carol does not sweat, to the envy of her friends in the gym); vomiting, epistaxis, insomnia. They continue with their attempts to identify an impal-

pable allergen, in a house that transforms into an aseptic, hyper-protected, enclosed environment. What is Carol vulnerable or *allergic* to? What is the reason for her “many faceted chemical sensitivity”? Is it perhaps an “allergy to the twentieth century”? Medicine takes care of nothing and psychiatry does not resolve the problem, so the patient is allowed to conquer by association –halfway between the ecological and the New Age– which attributes all guilt to chemical and drug contamination and proposes costly detoxification “personal oasis” or better still a collective residence in the desert, where the strengthening of the immune system relies on psychological rehabilitation and reinforcement of individual faith and love: *self-help* group sessions, exercises for *insight*, no sex, solicitations to self-esteem and positive thinking (“we are safe and all is well”). Carol finds courage and words to express her grief, but the end is unsettling: the disease is there and will make itself felt.

Safe, directed by Todd Haynes, USA 1995 (marketed in Italy under the title *Safe-Sicura*), is an independent film, which has been subject to various interpretations: does this discomfort refer to some unresolved psychological conflict? To a lack of empathic alliance with primary care figures and with the wider medical-social entourage? To a loss of traditional moral values? To a crisis in the great religions? To the revived ghosts of viral epidemics and the spread of AIDS? To the depersonalization of new social roles and a decline in the optimism of the middle classes? To the difficult task of technically controlling bodily variables and phases of social transition?

Be that as it may, neither Western medicine nor alternative therapies seem to intercept true evil, which appears to be moral before it becomes either physical or chemical. The radio diffuses the first sequences that indicate signs of widespread uncertainty of values: bioethical dilemmas (the example of euthanasia and *radical ecology*) as well as racial violence. Depression (at a psychic level) and toxic dysfunctions (on the somatic plane) are the result of an inability to *live*, a decisional block, of the painful awareness of one’s

own superfluity. In other words, Carol (like Mina, in the other film commented on by us) pays the price for her extreme sensitivity, because she manifests advanced warning of the signs of putrefaction. On her delicate skin a stain emerges, a guilt that awaits name and atonement. Death and disease are as prevalent in western progress as in the exotic, poetic, magnificent, consoling spiritualist club. Where can one find the moral strength to live under this threat? An obtuse background noise, a distant musical ambience, a cold and claustrophobic photograph, the very slow pace of the take impose a corrosive anxiety on the viewer, similar to that of horror films (known as *a soul horror movie*): what escape route is offered to Carol and to us? And who should deal with this? The doctor? The hygienist? The psychoanalyst? The priest? The philosophical consultant? Some guru? What instruments and words can be used to persuade Carol not to slip into a melancholy spiritual whirlwind?

5. Policy-making: ethical warnings

Perhaps the most intriguing area of public health awareness campaigns relates to situations in which hybridization, synergy, and the intersection between *liberalism* and *state initiative* seem to be the most promising tactics for solving current problems, to the extent that (unlike the characteristic conflict between *self-determination and welfare*) terms have been coined (that emphasize oxymorons) such as libertarian paternalism or solidarity of liberalism. This stems from consistent public initiatives that impose indirect costs or sanctions on minority decisions that are deemed to be incorrect or harmful (prohibiting access to school for unvaccinated children as a result of ideological decisions by parents), to meaningful awareness campaigns aimed at correcting the inappropriate behavior of uninformed, lazy, economically needy, psychologically weak, superficial (concerning argumentation) and vulnerable individuals (with

respect to cognitive prejudices or conformist habits). The interference of the state would paradoxically function, in these cases, as a struggle for emancipation against induced heteronomy.

Suppose we can define group immunity as a *public benefit* (which everyone can take advantage of –even the unvaccinated– without suffering exclusion or without depleting others by consuming it), produced by citizens' aspiration to ensure anti-infectious protection, meaning they enjoy a *private* benefit. It is however evident that this overlap, which is evident in the form of dangerous pathologies such as poliomyelitis and diphtheria, is absent or weak in the case of other diseases, such as tetanus or rubella (significant public benefit sometimes corresponds to marginal individual benefits for those who are vaccinated) . Specific ethical warnings, decided on a case-by-case basis, are thus recommended when considering the hypothesis of tax: strictly for medical purposes; free type of campaign; encouragement for recalcitrant subjects; prevention of refusal (or clandestine conduct) due to fear of coercion/signing; implementation of less invasive and controversial alternatives (vaccination or pharmacological); guarantee of benefits proportional to risks suffered; struggle against discrimination in the recruitment and treatment of subjects involved; offer of health compensation in the case of adverse events; defense of the professional integrity of doctors who should not transform themselves into detectives or health policemen, but need to conserve a trustworthy image as an ally worthy of any patient's trust.

We return to this last condition: public trust in vaccination programs must be appreciated and protected, in the sense that it is not enough to implement effective information campaigns, if the latter do not elicit moral credit on the part of the users, a credit that cannot be requested, if no guarantee of its merit is offered [45, p. 3125]. Just the fact of knowing does not suffice; knowing what is good is not enough to put it into practice: it is the ethical-affective dimension (and not only of the cognitive, epidemiological-statistical type) of the volitions that must be intercepted and transfor-

med, if we wish to perceive a concrete change in behavior. As in the clinical encounter, as well as in the invitation—addressed to the citizens by the health authorities— to behave in a certain way (adherence to vaccination), not exempt from risks, but useful in itself and beneficial to others, puts value and not only technical-organizational variables to the test. There are many factors such as: transparency about the results of previous campaigns, professional ethics in specific procedures, guarantee of maximum privacy, commitment to deal with any resulting complications, a display of clear rules that exclude complicity of interests with prevalent powers (commercial, corporate, military), the use of a language and a communicative style that responds empathically to parental concerns, sincere adjustment concerning unrealistic aspirations to healing. It is surprising how rarely this resource is applied to interdisciplinary *task forces* in the context of health, intertwining biomedical, psychological and ethical competences (as in the ethical consultation at the patient's bedside).

Similarly, (going from the governmental viewpoint to that of the individual), the behavior of *free riders* (those who enjoy the benefits of group immunity but do not sustain the commitment and costs produced by the benefit of getting vaccinated) merits an *articulated assessment*, as abstention from this practice may be due to very heterogeneous reasons: disinformation, laziness, cultural prejudices, irrational phobias, opportunistic calculations, ideological choices; among which naturalistic or religious reasons predominate.

Ethical arguments (and not just scientific-organizational authority) compete against “rational performance”, promoting a general duty to conform (at least not to cause damage or to prevent it). Concerning this point, the work of sensitization through dialogue is often vague, confusing, embryonic and contradictory. Institutional declarations alternate with deontological affirmations (it is not acceptable to treat others as mere means, nor can the precept that public benefits should be enjoyed without making any contribution be made universal) in other doctrines (*free riding* would be reprehensi-

ble because of the serious consequences to collective immunization), but without elaborating on minority points of view or responding to their arguments.

An example is the proposal from the National Committee for Bioethics (April 24, 2015), entitled *The Importance of Vaccination*, which updates the 1995 Vaccination document, expressing «concern for the growing tendency to postpone or even to reject» vaccines, which offer «not only a health value, but a very relevant intrinsic ethic». It invites personal and social responsibility, mobilizing the health authorities to promote «effective information, communication and education campaigns». Not being refuted through argument, the specific reasons of those who do not consider vaccines to represent «conscious and correct decisions», and by not analytically explaining the reasons why current health communication is not persuasive rather than just inadequate at the level of quantitative diffusion, the final recommendations translate into a set of desirable, albeit at least in part, vague initiatives, including «identifying those who need to be encouraged» to better adhere to hygiene programs.

How to resolve the conflict between autonomy and well-being? Is there an ethically correct way of promoting autonomy by linking these two? This question arose in the years of the Aids explosion. Privileged adoption of awareness-raising measures (rather than promulgation of coercive rules, such as the imposition of mandatory screening) was motivated both by the low effectiveness of constriction (chronicity of pathology, requirement for repeated controls and effective compliance of infected subjects, the intimacy of means of contagion, risks of marginalization), as much as by the cultural atmosphere, which had relegated human rights to the edge of world medicine. The three ethical conditions for conducting the HIV test (pre and post-test counseling, informed consent, maximum reservation) were recognized internationally as the main way to address equally urgent problems. This is a route that in principle seems to be unavoidable and which has already been pur-

sued by some voluntary vaccination policies, for example that «carried out in Germany, Finland and the Netherlands, based on the voluntary commitment of citizens to the vaccination campaign. Unlike policies adopted in the United Kingdom (voluntary, but with economic incentives to doctors) or in Austria (voluntary, but with incentives to parents), these types of intervention do not provide for recognition of incentives of any kind, but are backed up by robust information campaigns and persuasion aimed at citizens» [5, p.234].

6. Persuasion: between literature and philosophy

Correspondingly, here we present the decisive word for our subsequent reflections: *persuasion*. Mill wrote that the physical or moral good of the individual does not justify impositions on the extent of his freedom (to force him to do something that would be right for him, that would make him happier, or which public opinion considers fair), but it is a good reason “to argue, to protest, to persuade or plead.” Precisely, to persuade him ... but what does persuasion mean? How can this be distinguished from suggestion, which communicates something, but conceals the intention (of the communicator) to manipulate the interlocutor and therefore omits the use of coherent, explicit and reasoned motives [50]? Before the term was “sequestered” by social psychology investigations or communication technique, it resounded on the border between ethics and aesthetics. There is still an echo in *literary criticism*: «*What does persuasion mean? When Jane Austen wrote her last complete novel [Persuasion], it might have had two different meanings. A firm belief, or else the process of persuading someone to think differently, and of being persuaded*» [51, p.v].

Both meanings (persuasion as inner conviction; persuasion as a means of conviction) are relevant in the field of applied ethics, which deals precisely with customs, morals, diffuse convictions, in

order to verify their solidity, compulsion, consistency and therefore to induce confirmation or modification, an intensification or a conversion. The *novel* has constituted the privileged laboratory for sounding this out, implying both emotional discernment (what is the sentiment that drives the character to act, which passions are real and contrastingly which deceive him? (is there perhaps a logical leap between the premises of value in which he believes and the consequent valuations and actions which he derives? What terminological ambiguity induces confusion, deceit, and disappointment?).

Reason and feeling, or sense and sensibility, to employ Jane Austin's language, represent two dimensions of ethical conviction and two aspects of the same axiological inquiry. The English author combines both instruments: analytical meticulousness –on one side– in the description of the characters and for environmental reconstruction; and –for the other– the empathic murmur, the fulminating perception of conflicting passions and understanding of passionate experiences: «*The end of Persuasion satisfies both romantic and rational elements which Anne represents; it is a novel of reconciliation, sometimes near to loss and disaster*» [51,p. VIII].

An already seriously ill writer convinces the reader that authentic infatuation is constantly threatened by an ungainly, avid, pompous and conceited environment. Therefore one must learn to react to the enemy using one's own weapons. Anne had unfortunately been *persuaded* by her protector to renounce her beloved Frederick; beautiful, intelligent but poor. Years later Frederick returns, rich and in search of a wife. Now it is Anne who must *persuade him*, conquer him again. It is not, however, a seductive tactic, but a moral u turn: Anne seeks herself, while overcoming the resistances of the beloved.

We quote an exemplary passage. Whom should the heroine of *Persuasion* choose between Captain Wentworth and Mr. Elliot? Anne does not yet have clear perception, but perceives that the mere fact of being a reasonable, distinguished, reserved type is not

a decisive virtue, and might even constitute a true and real imperfection. «*Mr. Elliot was rational, discreet, polished but he was not open. There was never any burst of feeling, any warmth of indignation or delight, at the evil or good of others. This, to Anne, was a decided imperfection. Her early impressions were incurable. She prized the frank, the openhearted, the eager character beyond all others. Warmth and enthusiasm still captivated her. She felt that she could so much more depend upon the sincerity of those who sometimes looked or said a careless or a hasty thing, than of those whose presence of mind never varied, whose tongue never slipped*» [51, p. 124].

The storyline of *Persuasion* does not only deal with the contents of this or that sentimental plot, but also the *narrative form*, does not only touch the actors of the fictitious event (the “existent” –to employ narrative jargon– that moves through more or less predictable “events”), but instead it bites the heart of the relationship between author, narrator’s voice and reader. We understand a text, only if we give it credence, if it seems persuasive, if we voluntarily suspend our plausible disbelief (according to Coleridge). Likewise, this pact between composer and recipient does not stifle or restrain intelligence, if perhaps it ignites it, it induces expectations about the revelations promised by the work and demands that we ask ourselves the reasons why the text seems to fascinate us, seduce us, betray us, even offend us. 53-54].

Access to truth implies a seductive force on the part of the latter and at the same time a sensible and courageous, conscious and committed response, on the part of the investigating subject. This debate has been ongoing since the dawn of Greek philosophy. Plato seemed to decree the *exile* of the orators of the speculative realm, because universally obligatory metaphysical meaning would substitute poetic writing with an interest in explaining how life comes to exist. Is methodical demonstration incompatible with the fascination of the story and with the expressive suggestions of the sophists? Some more recent historiographical influences have challenged this juxtaposition. Together with the hard refutation, documented in the *Gorgia* dialogue, which contrasts persuasion (adula-

tory, opinionated, linked to the appearances of *DOXA* (opinion) with the certainty of truth (stable, universal, linked to rationality of knowledge, Plato rescues rhetoric in the *Phaedrus*: under certain conditions, persuasion (to which the new rhetorical art is directed) favors the existential appropriation of the intellectually acquired truth and prevents its moral sterility. It is therefore not surprising that Plato himself considered all his writings to be forms of myth.

The philosopher Nietzsche played a decisive role, in the recovery of these aspects of the truth of persuasion. Heidegger showed that Nietzsche –an educator, visionary, aphoristic writer and poet in prose in *Zarathustra*– was considered a full-fledged philosopher, for his constant dialogue with Hellenic thought and for the ontological results of his investigations [56]. Reconstructing the genesis of Socratic speculation, from a context dominated by sacral codices and poetic expressiveness, Nietzsche recognizes the intrinsic metaphor inherent in all language, as well as of dialectic and that of the naturalist [57]. Behind the seemingly stable abstract formalization of true (and not only plausible) knowledge, it continues to reiterate the resentment of enigma and to vibrate the passion of knowing: rhetoric is not loquacity but reveals a truth that is interested in life and ripe for praxis.

From this, we find corroboration in a great reader of Plato. Michelstaedter (a decisive author, when discussing new sophism), taking as his starting point the study of the original texts of Greek thought, refutes –among the prejudices of contemporary society– the pretentious allocation of a salvific role for science, knowledge of which (and of which men have need) becomes the purpose of life. Michelstaedter, as we know, identifies being “persuaded” with being perfectly *resolved in one self*, while disqualifying the constructive constructions and cultural habits (with which the pain of death and the nostalgia of a sense are masked) by defining them as “rhetoric” [59]. Precisely, to criticize science implies (for Michelstaedter) refuting its false assurances, promises to adepts, who recite

esoteric rites; intending to dismantle the easy promise of consumable goods, comfort services, guarantees against disease, at the price of weakening and expropriating the sense of individual responsibility.

The *language of science*, too, Nietzsche would say, (though acceptable for its sobriety, by its experimental, non-fanatical method) hides a desire for power and satisfies pleasure derived from strength. Scientific discourse has in fact solidified certain meanings of the word and has imposed them as the only suitable instruments for designating the truth of the world (other meanings, remnants, would only comprise “poetry”, useless mystification and misleading allusion). “Errors of the intellect” those with which science functions, consolidated errors, are useful, but no different from that creative impulse, which is also the origin of art.

Gradually, all important truths, unraveled with pleasure by the one who creates science, become common and ordinary instances. «Therefore a higher culture must bequeath man with a double brain, an item with two brain chambers, one to perceive science, another to distinguish non-science; that is one next the other, with no confusion, separable, isolable: and this should be a health requirement. In one field is the source of strength, in the other the regulator: with illusions, unilaterality and passions. It is necessary to warm up; then with the aid of cognitive science, it is necessary to prevent the bad and dangerous consequences of overheating» [60, p.179].

If science forgets the symbolic genesis of its conjectures, if it unilaterally assumes the direction of the social consortium, if it conceals its inevitable biased point of view, it dissociates itself towards a dangerous suggestion, represented in a grotesque way by the *man with the leech*: Zarathustra tramples on a man who cries out in pain, whose bare arm sprouts blood. That man defines himself as the meticulous aspect of the spirit; he knows everything because he studies everything with severity, scruples, cruelty and inexorable endurance. Because he does not like to know only half of it;

he does not like the truth to slip out of his hands. In particular, he knows all about the leech's brain: the object of his investigations has become his world, where he feels at home. All the rest has become for him obscure and indifferent. "With my blood I have increased my knowledge" and indeed "blood was still flowing from the naked arm of the meticulous one. Ten leeches had bitten him." [61, pp. 301-304].

The man with the leech wanted to replace moral and religious values (considered both grandiose and vague) with exact scientific knowledge (whether large or small the object), which does not go back to primary causes, nor ask for the meaning of cognitive enterprise itself.

«But the man with the leech does not know that knowledge is the leech itself, and that it substitutes itself for morality and religion, pursuing its very end: to impinge on life, to mutilate, to judge life» [62, p. 48].

Thus we return to the *philosophical value* of persuasion and its cultural significance. The activity (aesthetics) of the message does not necessarily disguise the falsity of the proposed theses, but is linked synergistically to the argumentative (logical) power of communication, particularly in the cognitive fields (ethics for example), where affections are involved as well as intelligence, passions, and rational discernment [63].

In a secularized world, *religious moral traditions* have a significant contribution to offer, if they avoid the flattery of fundamentalism. In fact, faith, as personal adherence to persuasive truths (even if they are not incontrovertible on the theoretical plane), acts not only as a root and stimulus for theological thought, but as a constitutive figure of all moral action. Persuasive is truth believed, even if not completely "known"; moreover the knowledge that counts before God, is that knowing (according to Hebrew semantics) that implies the whole person, beyond the soul-body distinction, and which offers a truth capable of speaking to life and able to change it; that is to advise, to convince, to support (*persuade*).

7. Persuasion and vaccinations

From this perspective, it is legitimate to ask what role the art of conviction has among health professions and for organizing public health. Some pediatricians have entrusted us, in the course of ethical consultation, with their commitment to open a fair discussion on issues related to collective responsibility: «We must solve the problems that small patients and their parents bring us, not create propaganda.» «We should not dissuade anyone, as we will be seen as bossy, paternalistic doctors.» «Each one decides for himself, in the space of his conscience, the right thing to do; we inform you about the instruments that are suitable for this purpose.» It is sad to realize how the legitimate fear of falling into indoctrination has weakened the communicative commitment, devalued the curative dimension of verbal exchange, and disqualified the inevitable educational component of the therapeutic alliance.

Anyone who has spoken of *beneficent persuasion* has attributed a central role to the adoption of a communicative stance instead, which leads to a more conscientious common decision, in the treatment relationship. It is a question of patiently refuting the prejudices of pseudo-scientific gossip; in order to elaborate the horror of vivid, recent bad news, which although of little significance at a statistical level; narratively anticipates scenarios in which a parent may feel guilt, precisely because they have not taken apt health precautions for their children.

Messages which fail to reassure may also have *positive* outcomes: the undecided change their minds if they focus attention on the risks of communicable diseases for an unvaccinated child, avoiding clichéd criticism. Adopting the tools of cognitive sciences is undoubtedly useful in the preventive context, but in certain situations it gradually transforms into intellectual authority. The psychoanalytic lesson (applied not only to individuals but also to groups) has revealed the danger of the (unconscious) compulsion to imitate and has made evident how absent acts (of which *clinical risk* analysis

offers daily evidence) transmit a message of truth, albeit in camouflaged forms: projective identifications, instinctive conflicts, empathic deficits, relational difficulties, unexplored and thus wild affections also inducing confusion, mistakes and even auto or self-harming activity. It is necessary that in the public health situation room, a suitable setting is created to decipher and rectify these latent tensions.

The scientific and anti-pedagogical discourse, which we have described, is sustained by at least two circumstances. The iatric technical ideal has devalued the humanistic (ethical and psychological) components of training and medical practice. The pact between a suffering subject and an expert who promises to take care of him in spite of conflicting interests, too frequently gives way to a contract initiated by a user, who requires benefits in a free, informed, competent manner; and a specialist, who does not ask meaningful questions, but performs with expertise (and notifies with notary precision), interventions for corporeal improvement. Perverse entrepreneurship and certain undue collusions with the market have amplified this defect, extending it into the hygienist context. Also in public decisions, medicine pays the price of a marked contradiction: it presents itself as a *valuable* technique for prevention and health organization, but in certain cases it in fact unites with a morally connoted orientation, which envisages the social fabric as a relationship between reciprocally indifferent outsiders (except when some mutual advantage is possible), who suspecting possible outside interference, are intent on maximizing personal benefits (as has been theorized by some economist trends), and are endowed with a cold and coherent intellectual determination, when selecting survival tactics. The myth, in short, portrays one who makes decisions in a dispassionate, solitary, self-legislating way; immune from feelings of debt and guilt, indifferent to duties of proximity, paradoxically celebrating their own image in *free-rider* rootless style, having settled all accounts and having programmed their own destiny, each day from its initiation.

The second reason why communication between medicine and the lay person is subject to dangerous usury and does not lead to a public debate on a varied positive outlook (hence also health, prevention, subsidiary justice, responsibilities towards the weaker social fringes), has to do with nemesis, with revenge, rude justice, of the compensation public opinion claims for a biomedical power that has promised the impossible, as the result of arrogant self-esteem (*hybris*). which has drawn the mirage of an omnipotent technique (without admitting any sense of limit) and a spectacular initiative for healing (not acknowledging that today we particularly have to contend with chronic pathologies, that are present in our lives for years or decades), which has acted with self-referred determination (without offering preliminary, understandable information to the public), even exchanging authentic communication with the offer of non-personalized information (which is paternalistic, concerning both lack of information, as well as in the case of overexposure of general public to informative materials that are too abundant and specialized to be understood, elaborated or graded in order of importance). It has devalued the preventive point of view in order to avoid the tiresome chore of imparting a healthier lifestyle, and has not had the courage to support groups of patients who complain about socio-economic causes of disease; it certainly cannot claim to have inspired confidence, as these petty promises have not been maintained as anticipated and have even led to painful side effects.

A cause of many rejections of vaccination programs is the fear of greater *medicalization of life*, there is consternation that the decision-making agenda of the technocrats will be arbitrarily introduced into the spontaneous rhythm of living, making it artificial and alien. Analogously, let us consider the invasion of the female body using certain reproductive techniques: some women have confessed to “their belly feeling like glass”, in the double sense of emotional freezing and impudent transparency to indiscreet eyes. Let us think how many petitions for euthanasia are instigated today be-

cause of the terror of finishing ones days in the hands of mechanical, impersonal, non-dialogical, non-affective, soulless medical care; deaf to the wishes of the dying. Unfortunately vaccine is unjustifiably but understandably viewed by many, as another devastating act of biotechnological colonization.

The success of certain *books that disseminate* the subject of vaccines would not be understood if they did not document, with sober intelligence, the widespread demand for knowledge and interest in discussing public health problems. Eula Biss, brilliant essayist and worried mother, explains (in a kind of scientifically documented autobiography) the purpose, methods and controversies raised by anti-contagion policies. Immunity is indeed a difficult undertaking, always incomplete and linked to certain risk, but it offers a promising possibility, now accessible to parents who wish to save their children the clinical consequences (sometimes considerable) of an infection produced even by germs present in everyday environments. «My son has received all proposed vaccines ...», writes the author, and one of the reasons is that, as in a hive, the health of each bee depends on the health of all the bees as a whole. If «the benefits [of vaccines] are greater overall than harm,» parental responsibility amounts to taking proportional risks, to avoid slipping into obscurantist and anti-scientific fatalism, with the illusion of negating any risk. Obviously these users intend to maintain *critical care*, demanding clear and comprehensive information from the professionals; they learn to decipher specialized news, thanks to help from groups of “consumers”. Bliss writes precisely from this point of view, combining literary sources and statistical reports, interweaving the history of medicine with the economic policy, translating the difficult jargon of epidemiology into familiar language. «The richest nations have the luxury of catering to fears that the rest of the world cannot afford.» In order to choose and recommend the most urgent measures, it is necessary to adopt the point of view of the real actors: «My pregnancy, like all pregnancies, had prepared me to understand that my body was not exclusi-

vely mine and that its limits were much more porous than what I would ever have believed.»

To the *porosity of the body* and between bodies there is that which lies between people: the other is already inside us. The feeling of recognition, even if indeterminate, founded the constitution and evolution of our moral conscience, inviting (also in the area of preventive medicine) us to seal a reciprocal pact of solidarity and to shape, although in a pluralistic environment, a shared image of rightful demands and healthy living, able to inspire compelling criteria for public health decisions.

8. Public health and *medical humanities*

The cinema prolongs the mythological imagination, which included special protective figures like the various personifications of Higía. The hypocratic doctor also swore on Higía. Likewise Higía was called to bear witness, although there was no particular myth, except references to the myth of Asclepius, of whom she is often considered to be a daughter. Shown standing erect, with a cup in her left hand, from which a snake was drinking, she could be identified by the Romans as *Salus*. Cinema, like myth and stories, does not disturb but feeds the imagination. In fact, the field of hygiene (and more generally of medicine) has always constituted a source of philosophical questions, from the time of ancient Greece. «Medicine has for many centuries been the only or at least the most important among the life sciences, identifying with biology; likewise, as a natural science of man, it has always presented an anthropological dimension of considerable philosophical interest.» Questions about the meaning of this practice have not followed purely intellectual paths, but have had to take into account the mythical, symbolic, narrative, affective, “humanistic” components, which we now refer to as the so-called *medical humanities*.

If medicine has become a kind of *secular religion*, the confrontation with other historical periods may be enlightening: «In the first period of civilization, the hygienic precept is not always distinguished from the religious one. Subsequently hygiene acquires autonomy and becomes science.» Similarly, the objective of «creating an environment for man that is as ideal as possible for his physical and civil life» requires constant theoretical reconsideration and a narrative reformulation of the terms used: man, environment, life, nature, civility, health.

Likewise, what the term “salus” means today, with reference to man, to nonhuman animals, to the eco-environment, is not simply taken from naturalistic treatises (which aptly prepare the study of the physical, chemical, biological and genetics of phenomena, but requires a consideration of *priority ethical values* that operators, institutions and public health initiatives must pursue within wider social communities and through the consensus-building of citizen-users. If the many visions of good life (and hence also of healthy, hygienically protected life) are taken into consideration, if one goes to the class of humanistic disciplines and treasures the reconstructions –made by literature, even cinematographic– on the collective imagination (which produces experiences of mortal threat and provokes desire for preventive-therapeutic liberation), it is then more expeditious to participate in the current debate, ignited between the different families of thought, and consequently, it is possible to prepare decisions with reference to health policies that are not paternalistic but which represent democratic, shared and inclusive decisions.

To delegate such decisions to some humanly deaf technological power, to a particular economic organization, or to a low partisan rhetoric (anxious to snatch improbable consensus), will bring us to the torture chair on which the poor man is seated, much to his regret; the marathon runner Babe, in the film *Marathon Man* by John Schlesinger, the timid Jewish, history student and passionate runner, played by Dustin Hoffman, who dreams of Abebe Bikila. The

diamond dealer and ex-Nazi doctor Szell (Laurence Olivier), who wields the dentist's instruments (his former profession), painfully perforates his dentures because he wants to extract restricted information from Babe. And he asks the same incomprehensible, obsessive, frosty question: «*Is it safe? Is it safe?*» Babe, terrified and tied to the dentist's chair, does not know what to answer. He does not know what that word means. He does not know what ... safe is!

Bibliography

- ¹ Cattorini PM. *Aspetti bioetici delle misure di sanità pubblica: il caso delle vaccinazioni*. Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità 2002; 14: 339-347.
- ² Cattorini PM. *Etica e sanità pubblica: vaccini e altre tematiche*. En: Id. *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*. Milano: Elsevier; 2011 (4° ed.): 251- 268.
- ³ Beauchamp TL, Childress JF. *Principi dell'etica biomedica*. Firenze: Le Lettere; 1999.
- ⁴ Cattorini PM. *Cura*. Padova: Ed. Il Messaggero; 2014..
- ⁵ Chiapperino L, Del Savio L. *La promozione della salute pubblica: fra paternalismo e responsabilità*. In: Boniolo G, Maugeri P (editors). *Etica alle frontiere della medicina. Per una cittadinanza consapevole*. Milano: Mondadori; 2014: 209-227.
- ⁶ Veatch RM. *The Right of Subjects to See the Protocol*. IRB: Ethics & Human Research 2002; 24 (5): 6-8.
- ⁷ Grady C. *Ethics of Vaccine Research*. Nature Immunology 2004; 5: 465-468.
- ⁸ Mariner WK. *Taking Informed Consent Seriously in Global HIV Vaccine Research*. Journal of AIDS 2003; 32 (2): 123.
- ⁹ Cattorini PM. *Mangiare solo pensieri. L'etica dell'anoressia*. Bologna; EDB: 2016.
- ¹⁰ Fox N, Ward K, O'Rourke A. *Pro-Anorexia, Weight-Loss Drugs and the Internet: An "Anti-Recovery" Explanatory Model of Anorexia*. Sociology of Health and Illness 2005; 27: 944-971.
- ¹¹ Rossi P. *Mangiare. Bisogno desiderio ossessione*. Bologna: Il Mulino; 2011.
- ¹² McNamee M (ed.). *Sport, Medicine, Ethics*. Florence, KY, USA: Taylor and Francis Group, Routledge; 2014.
- ¹³ Cattorini PM. *Il desiderio di salute*. Torino: Camilliane; 2013.
- ¹⁴ Spagnolo AG. *L'esitazione vaccinale*. *Medina e Morale* 2015; 5: 729-735.
- ¹⁵ Giglio F. *L'introduzione della medicina potenziativa nel nuovo codice di deontologia medica*. *Medicina e Morale* 2015; 1: 61-80.
- ¹⁶ Cattorini PM. *Narrative Medicine. An Ethical Reappraisal*. *Medicina e Morale* 2015; 2: 245-266.

- ¹⁷ Nussbaum MC. *Emozioni politiche. Perché l'amore conta per la giustizia*. Bologna: Il Mulino; 2014.
- ¹⁸ Nussbaum MC. *L'intelligenza delle emozioni*. Bologna: Il Mulino; 2004.
- ¹⁹ Cattorini PM. Movies on Bioethics. *A double Review and Some Steps Forward*. The Journal of Aesthetic Education 2012; 46 (2): 111-121.
- ²⁰ Donatelli P (editor). *Veganesimo*. En: Lecaldano E. *Dizionario di bioetica*. Roma-Bari: Laterza; 2002: 318-319.
- ²¹ Moneti Codignola M. *L'enigma della maternità. Etica e ontologia della riproduzione*. Roma: Carocci; 2008.
- ²² Angelini G. *Il figlio. Una benedizione, un compito*. Milano: Vita e Pensiero; 1991.
- ²³ Tappe NA. *Understanding Your Life Through Color. Concepts in Color and the Aura*, 2nd Ed. Addison, Texas: Aquila Libris Publ. Co.; 2009.
- ²⁴ Carroll L, Tober J. *The Indigo Children: The New Kids Have Arrived*. Carlsbad, CA, USA: Hay House; 1999, tr. it. *I bambini indaco. Super-attivi e con doti straordinarie. Una nuova evoluzione della razza umana*. Diegaro di Cesena (FC: Macro Edizioni; 2013.
- ²⁵ Franzoso M. *Il bambino indaco*. Torino: Einaudi; 2012.
- ²⁶ Winnicott DW. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze; Martinelli: 1975: 357-363.
- ²⁷ Vegetti Finzi S. *Storia della psicoanalisi*. Milano: Mondadori; 1990: 341-345.
- ²⁸ Grisez G. *Towards a consistent natural law ethics of killing*. The American Journal of Jurisprudence 1970; 15: 64-97
- ²⁹ Finnis J. *Legge naturale e diritti naturali*. Torino: Giappichelli; 1996.
- ³⁰ Balistreri M. *Etica e romanzi. Paradigmi del soggetto morale*. Firenze: Le Lettere; 2010.
- ³¹ Cattorini PM. La Civiltà Cattolica 2012, II, 4-18 agosto, q. 3891-2: 337-338.
- ³² Cattaneo F. *Azione e narrazione. Percorsi del narrativismo contemporaneo*. Milano: Vita e Pensiero; 2008.
- ³³ Cattaneo F. *Etica e narrazione. Il contributo del narrativismo contemporaneo*. Milano: Vita e Pensiero; 2011.
- ³⁴ Cattaneo F. *L'azione narrativa*. En: Botturi F (editor). *Prospettiva dell'azione e figure del bene*. Milano: Vita e Pensiero; 2008: 119-140.
- ³⁵ Mill JS. *Saggio sulla libertà*. Milano: Il Saggiatore; 1991.
- ³⁶ May T, Aulisio MP, Silverman RD. *The Smallpox Vaccination of Health Care Workers: Professional Obligations and Defense against Bioterrorism*. Hastings Center Report 2003; 33 (5): 26-33.
- ³⁷ Pellegrino ED, Thomasma DC. *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*. Cinisello Balsamo: Edizioni Paoline; 1992.
- ³⁸ Ricoeur P. *Finitudine e colpa*. Bologna: Il Mulino; 1970.
- ³⁹ Ricoeur P. *Il conflitto delle interpretazioni*. Milano: Jaca Book; 1977.
- ⁴⁰ Nussbaum MC. *Non per profitto. Perché le democrazie hanno bisogno della cultura umanistica*. Bologna: Il Mulino; 2011.
- ⁴¹ Nussbaum MC. *Giustizia poetica. Immaginazione letteraria e vita civile*. Milano-Udine: Mimesis; 2012.

- ⁴² Cattorini PM. *L'occhio che uccide. Criminologi al cinema*. Milano: FrancoAngeli; 2006.
- ⁴³ Cattorini PM. *Narrative Medicine. An Ethical Reappraisal*. *Medicina e Morale* 2015; 2: 245-266.
- ⁴⁴ Cattorini PM. *Bioetica e cinema. Racconti di malattia e dilemmi morali*. 2° ed, Milano: FrancoAngeli; 2006.
- ⁴⁵ Verweij M, Dawson A. *Ethical principles for collective immunisation programmes*. *Vaccine* 2004; 22: 3122-3126.
- ⁴⁶ Cattorini PM. *La prevenzione dell'AIDS e le campagne di informazione*. *Kos. Rivista di Scienza e Etica* 1990; 58: 17-20.
- ⁴⁷ Alta Charo R. *Politics, parents, and Prophylaxis-Mandating HPV Vaccination in the United States*. *NEJM* 2007; 356: 1905-1908.
- ⁴⁸ Spagnolo AG, Moltisanti D. *Vaccinazione contro il virus del papilloma umano*. *Medicina e Morale* 2007; 1: 219-223.
- ⁴⁹ Villa R. *L'esperienza del Veneto. Verso il superamento dell'obbligo*. *Corriere della Sera*, 18 novembre 2012: 44.
- ⁵⁰ Lundh LG. Normal suggestion. An analysis of the phenomenon and its role in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 1998; 5 (1): 24-38.
- ⁵¹ Jordan E. *Introduction to J. Austen, Persuasion* (1817). Ware Hertfordshire: Wordsworth Ed.; 2000.
- ⁵² Austen J. *Persuasione*, tr.it. di L. Pozzi, Introduz. Di A. Bertolucci, Milano: Garzanti; 2001.
- ⁵³ Booth WC. *The Company We Keep. An Ethics of Fiction*: Berkeley: Univ. California Press; 1998.
- ⁵⁴ Cattorini PM. *Etica e critica letteraria. La lezione di Wayne C. Booth*. *Rivista di Storia della Medicina* 2010: 61-98.
- ⁵⁵ AA.VV. *Enciclopedia Filosofica*. Milano: Bompiani; 2006: 8553-8556.
- ⁵⁶ Vattimo G. *Introduzione a Nietzsche*. Rome-Bari: Laterza; 1885.
- ⁵⁷ Cattorini PM. *Il tragico in Nietzsche. L'etica come estetica*. *Bio-ethos* 2011; 11-12: 93-126.
- ⁵⁸ Natoli S. *Nietzsche retore e filosofo*. *Fenomenologia e Società* 1983: 16-41.
- ⁵⁹ Michelstaedter C. *La persuasione e la retorica*. Milano: Adelphi; 1982.
- ⁶⁰ Nietzsche F. *Umano, troppo umano, I*. Milano: Adelphi, 1979.
- ⁶¹ Nietzsche F. *Così parlò Zarathustra. Un libro per tutti e per nessuno, II*. Milano: Adelphi; 1976.
- ⁶² Deleuze G. *Nietzsche. Con antologia di testi*. Verona: Bertani; 1973.
- ⁶³ Cattorini PM. *Estetica nell'etica. La forma di una vita degna*. Bologna: EDB; 2010.
- ⁶⁴ Colombo G (editor). *L'evidenza e la fede*. Milano: Glossa; 1988: 423-425.
- ⁶⁵ Cattorini PM. Recensione di Rappuoli R, Voza L. *I vaccini dell'era globale I*. Bologna: Zanichelli; 2009. In: *La Civiltà Cattolica* 2011; q. 3855, 5 febbraio 2011, a. 162: 313-314.
- ⁶⁶ Swindell JS y Al. *Beneficent Persuasion: Techniques and Ethical Guidelines to Improve Patients' Decisions*. *Annals Family Medicine* 2010; 8 (3): 260-264.

- ⁶⁷ Kodish E. *The ethical negligence of parents who refuse to vaccinate their children*. The Washington Post. June 26, 2014.
- ⁶⁸ El Amin AN. y Al. *Ethical Issues Concerning Vaccination Requirements*. Public Health Review 2014; 34 (1).
- ⁶⁹ Shaw D, Elger B. *Evidence-Based Persuasion. An Ethical Imperative*. JAMA 2013; 309 (16): 1689-1690.
- ⁷⁰ Cattorini PM. *Malattia e alleanza. Considerazioni etiche sull'esperienza del soffrire e la domanda di cura*. Firenze: Pontecorboli; 1994; 2° ed. con Postfazione aggiornata 2010.
- ⁷¹ McIntyre P y Al. *Refusal of parents to vaccinate: dereliction of duty or legitimate personal choice?*. The Medical Journal of Australia 2003; 178: 150-151.
- ⁷² Sparrow A. *Syria's Polio Epidemic: The Suppressed Truth*. New York Review of Book 2014; Feb. 20.
- ⁷³ Illich I. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Mondadori; 1977.
- ⁷⁴ Zambon MC. *Ethics versus evidence in influenza vaccination*. The Lancet 2004; 364 (9452): 2161-2163.
- ⁷⁵ Krantz I, Sachs L, Nilstun T. *Ethics and Vaccination*. Scand. J. Public Health 2004; 32: 172-178.
- ⁷⁶ Biss E. *Vaccini, virus e altre immunità. Una riflessione sul contagio*. Milano: Salani Ed. - Ponte alle Grazie; 2015.
- ⁷⁷ Callahan D. *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*. Milano: Baldini & Castoldi; 2000.
- ⁷⁸ Zanobio B, Armocida G. *Storia della medicina*. Milano: Masson; 1997
- ⁷⁹ Grimal P. *Enc. Miti*. Milano: Garzanti; 1987 (Italian edition by C. Cordiè).
- ⁸⁰ Palazzi F, Ghedini G. Voz "Igiene". In: Piccolo Diz. Mitol. Antich. Class. Milano: Mondadori; 1945.
- ⁸¹ Vegetti M. Voz "Medicina, Storia della". In: Enc. Filos. Milano: Bompiani, 2006.
- ⁸² Kopelman LM. *Bioethics and Humanities: What Makes Us One Field?* J. Med. Phil. 1998; 23 (4): 356-368.
- ⁸³ Ruspantini N. Voz "Igiene". In: Enc. Filos. Novara: Edipem; 1979.

Reseña

Tratamiento del neonato terminal desde el punto de vista bioético

Ma. de la Luz Casas Martínez

LOURDES VELÁZQUEZ GONZÁLEZ PhD., *Tratamiento del neonato terminal desde el punto de vista bioético*. EUNSA/Astrolabio. 2017, 219 páginas.

Cuenta con presentación del S.E. Cardenal Elio Sgreccia. Consta de IX capítulos, conclusiones y siete anexos.

- Delimitación del problema.
- Cuestiones bioéticas relacionadas con el tema.
- Algunas puntualizaciones acerca de la eutanasia.
- Los cuidados paliativos.
- La eutanasia neonatal.
- El cuidado del neonate extremadamente prematuro.
- El neonate terminal.
- Iniciativas prácticas realizadas en éste campo: la experiencia de la quercia millenarian (roble milenario).
- El feto como paciente.
- Conclusiones.
- Referencias.
- Glosario.
- Índice de anexos.

Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad Panamericana (CIBUP), México.

En la literatura se define al recién nacido pretérmino extremadamente bajo peso (RNPTEBP) como al menor de 1000 g al nacer. La mortalidad en bebés con un peso menor a los 1000 g, es muy alta por sus características fisiológicas y anatómicas, como la deficiencia en termorregulación, necesidades especiales de fluidos y electrolitos, dificultad en su nutrición, falta de madurez en sus órganos, principalmente en los pulmones (Enfermedad de membrana hialina), deficiente control metabólico y su susceptibilidad a las infecciones. La enfermedad de membrana hialina se plantea que afecta al 56 % de los niños con peso entre 501 g a 1 500 g. Y que la incidencia y la gravedad de la enfermedad disminuye cuanto mayor es el peso. Se encontró una incidencia en estos niños de 32 %, condicionada por la inmadurez de sus sistemas vitales.

En las estadísticas mundiales se reporta que 1 de cada 10 recién nacidos bajo peso son RNP-EBP y que es muy bajo el porcentaje de todos los nacimientos (menos de 0,7 %). Sin embargo, este grupo constituye el 20 a 50 % de todos los niños que fallecen antes del año de vida.

Actualmente existen alternativas de tratamiento para este problema, como el uso prenatal de corticoides (sólo las madres de 8 niños no recibieron corticoides antes del parto) o el uso de surfactante pulmonar exógeno, contribuyen a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos, y a reducir la edad mínima de viabilidad a 23 semanas de gestación.

El caso de los bebés con extremado peso bajo al nacer representa un caso límite para la medicina, efectivamente a los médicos no se les obliga a proporcionar tratamiento a pacientes considerados irrecuperables para lo cual se han realizado diferentes escalas de evaluación pero siempre hay pacientes en el límite de las escalas

Y cada paciente al ser diferente puede reaccionar también en forma diferente aún las escalas más acuciosas no pueden pronosticar más del 99% de las probabilidades del caso en cuestión. Tales

probabilidades se expresan a través de protocolos de manejo de éste tipo de pacientes.

Podría decirse que no prestar tratamiento de reanimación podría considerarse abandono del paciente, pero continuar con soporte en pacientes irrecuperables también podría considerarse un ensañamiento terapéutico y ésta es una de las reflexiones que se presentan en casos limítrofes.

En ésta área gris es donde la reflexión de la Dra. Velázquez tiene su campo, porque en todo protocolo fija límites, pero pueden ser cambiados si se demuestra que es posible obtener viabilidad de los productos a través de la intervención y para ello se tiene que intervenir en bebés en los que no estaba indicada la reanimación. Los protocolos se basan en los casos medios, pero siempre habrá excepciones por la variabilidad de los propios pacientes y puede llegar a demostrarse posibilidad de sobrevivencia en pesos menores de 500 gr.

En un reciente estudio de *New England Journal of Medicine* se comprueba que la supervivencia de los grandes prematuros, los que nacen entre la semana 22 a 24 de gestación, ha aumentado significativamente a 36% en 2012.

La calidad de vida es uno de los indicadores actuales de la Buena práctica médica y en éste tipo de casos, es difícil asegurarla por un tercero, pues la calidad de vida es un aspecto subjetivo, por tanto personal, que no puede definirse inequívocamente por un tercero. Para ello entonces, hay que haber apoyado la subsistencia del pequeño paciente y solamente en el futuro se podrá decir si para esa persona la calidad de vida obtenida fue suficiente.

El médico siempre procurará la beneficencia del paciente, y en éstos casos el tipo de beneficencia se realiza a través del responsable médico o en algunos casos, del familiar responsable, suponiendo lo que al bebé le hubiera gustado que se hiciera por él.

En éste sentido, señala la Dra. Velázquez, se desarrolló el Protocolo de Groningen, que realmente fue concebido para proteger a los médicos del delito de eutanasia, clasificando a los pequeños pa-

cientes según los signos de dolor que demostraban o a su calidad de vida o inviabilidad.

El juez utilizó cuatro criterios para evaluar cada caso: la presencia de sufrimiento insoportable y una calidad de vida muy pobre, el consentimiento de los padres, la consulta con un médico independiente y su acuerdo con los médicos que tratan, y la realización del procedimiento de acuerdo con el estándar médico aceptado. De los 200.000 niños nacidos en los Países Bajos cada año, alrededor de 1000 mueren durante el primer año de vida. Para aproximadamente 600 de estos lactantes, la muerte es precedida por una decisión médica sobre el final de la vida.

Italia tenía tasas de iniciación de apoyo respiratorio consistentemente altas que las de otros países, mientras que Francia tenía las tasas más bajas

Pero la medicina actual nos muestra que en caso de bebés no recuperables o con sufrimiento no controlable, sedación paliativa debería ser el manejo adecuado. Además, no perder la intención de apoyo a la sobrevivencia, porque precisamente éste tipo de retos son los que propician el avance de la Medicina.

Para la ética médica el ser humano desde la concepción debe ser considerado un paciente, éste enfoque se ha perdido en muchas ocasiones favoreciendo con ello no solamente el aborto y la eutanasia fetal, sino el abandono en casos difíciles donde la madre no accede a alguna de las opciones señaladas. Reproducción asistida, manipulación embrionaria, reducciones embrionarias son ejemplos de no ver a embriones y fetos como pacientes a los cuales se les debe beneficencia.

Un pequeño paciente es siempre un gran ser humano y esto debe afianzarse no solamente en la práctica de la medicina, sino en la moral social.

El hecho es que la medicina puede otorgar sobrevivencia a éstos bebés, pero muchas veces con graves discapacidades.

Efectivamente la discapacidad severa no puede enfrentarse fácilmente por la familia en términos de desgaste emocional y econó-

mico, por eso son muy importantes la configuración de redes de apoyo, como el “Roble milenario,” reflexiva propuesta de la Dra. Velázquez.

Las Redes de Apoyo se conocen y se fomentan en muchos campos de la Medicina desde hace muchos años, en éstos grupos se cultiva la resiliencia, que es el abordaje rápido y efectivo de recuperación emocional ante graves problemas y pérdidas.

El trabajo de intervención en red a través de acción de parientes, amigos, y diferentes actores sociales permite crear un espacio positivo de apoyo social posibilitando al paciente y familia adquirir una progresiva autonomía para enfrentar de mejor forma situaciones críticas.

La Dra. Velázquez toca un tema gris en el campo de la neonatología y de la medicina general que reflexiona sobre los derechos y la visión que debe tenerse ante los pequeños pacientes, dando opciones ante las necesidades de las familias que los acogen amorosamente, considerando que todos en una sociedad tenemos diversos grados de Interdependencia que deben ser atendidos a través de la beneficencia y de la adecuada visión empática de la sociedad por aquellos vulnerables y necesitados.

Es también importante destacar que la bioética a través de la reflexión filosófica aporta a los profesionistas una mayor amplitud en sus razonamientos que son enriquecedores no solamente para ellos mismos si no para la sociedad científica

El libro de la Dra. Velázquez posee solidez de trabajo desde el punto de vista científico y humanista en un campo novedoso y controversial en la disciplina bioética.

Book review

Treatment of the terminal neonate from a Bioethical perspective

Ma. de la Luz Casas Martínez

The book entitled “*Tratamiento del neonato terminal desde el punto de vista bioético*” (Treatment of the terminal neonate from a Bioethical perspective). Eunsa/astrolabio, 2017, by the author Lourdes Velázquez González, PhD, has 219 pages and a foreword by His Eminence Elio Cardinal Sgreccia.

The book includes nine chapters, conclusions and seven appendixes.

- Outlining the problem.
- Bioethical issues related to the subject.
- A few points about euthanasia.
- Palliative care.
- Neonatal euthanasia.
- Care of the extremely preterm neonate.
- Terminal neonate.
- Practical initiatives carried out in this field: the *quercia* millenarian (millenarian oak) experience.
- The fetus as a patient.
- Conclusions.

Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad Panamericana (Interdisciplinary Center of Bioethics of the Universidad Panamericana) (CIBUP, for its Spanish acronym), Mexico.

- References.
- Glossary.
- Appendix index.

In the literature, an extremely low birth weight (ELBW) preterm neonate is defined as a newborn of less than 1,000 g at birth. The mortality in babies who weigh less than 1,000 g is very high because of his/her physiological and anatomical characteristics, such as thermoregulatory impairment, special needs for fluids and electrolytes, nutrition problems, organ immaturity, mainly in the lungs (hyaline membrane disease), lack of metabolic control, and susceptibility to infections. Hyaline membrane disease affects 56% of newborns who weigh between 501 g to 1,500 g. Incidence and severity of the disease decreases as weight increases. An incidence of 32% in these neonates was found, dependent on the immaturity of their vital organs.

Global statistics show that 1 of every 10 low-birth newborns is an ELBW preterm neonate and that this percentage is very low considering all births (less than 0.7%). However, this group represents 20 to 50% of all children who die before the first year of life.

Current treatment alternatives for this problem, such as prenatal use of corticoids (only 8 mothers did not receive corticoids before birth) or the use of exogenous pulmonary surfactant, contribute to improve the survival and quality of life of these newborns and to reduce minimum viability to 23 weeks of gestation.

The issue of babies with an ELBW represents an extreme case for medicine, since in fact, physicians are not required to provide treatment to patients considered terminal. Several evaluation scales have been created, but there are always patients staying in the limit.

Also, every patient is different, so he/she may react in a distinct manner. Even the most meticulous scales cannot predict more than 99% of probabilities of the case in question. Such probabilities are expressed by management protocols for this type of patients.

It could be implied that not providing resuscitation treatment may be considered patient abandonment, but to continue giving support measures to terminal patients could also be thought as therapeutic obstinacy. This is one of the reflections that appear in bordering cases.

This gray area is where Dr. Velázquez reflects upon, because every protocol has its limits, but these may be changed if newborn viability is proven possible through intervention, which means that babies for whom resuscitation was not indicated, should be intervened. Protocols are based on average cases, but exceptions will always exist since the variability of the own patients. A survival possibility can be demonstrated in weights lower than 500 g.

A recent study published in the New England Journal of Medicine shows that the survival of large preterm newborns, who are born between week 22 and 24 of gestation, had significantly increased to 36% in 2012.

The quality of life is one of the current indicators of good clinical practice, however, in these cases it is difficult to have a third party confirm it, since quality of life is subjective, thus personal, and can not be defined unmistakably by a third party. So the existence of the little patient has to be maintained and only in the future he/she will get to say if the quality of life obtained was enough.

The doctor will always provide for the patient's benefit. In these cases, the benefit is carried out by the attending physician or, in other cases, the legal guardian, supposing what the baby would have wanted to be done for him/her.

In this sense, Dr. Velázquez points out, the Groningen Protocol was developed. It was actually conceived to protect doctors from the crime of euthanasia, classifying the little patients according to pain signs, quality of life or inviability.

The judge used four criteria to evaluate each case: unbearable pain and very poor quality of life, parents' consent, consultation with an independent doctor and his/her agreement with the atten-

ding physician, and the procedure carried out according to the approved clinical standard. From the 200,000 children born in the Netherlands each year, around 1,000 die during the first year of life. For approximately 600 of these newborns, death is preceded by a medical decision about the end of life.

Italy had initiation rates of respiratory support consistently higher than other countries, while France had the lowest rates.

However, current medicine shows us that in the case of terminal babies or with unbearable pain, palliative sedation should be the proper management. Keeping in mind the intention to support survival, since precisely these challenges promote the advancement of medicine.

Medical Ethics considers the human being as a patient since conception, this approach has been lost in several occasions favoring not only abortion and fetal euthanasia, but also abandonment in difficult cases where the mother does not agree to any of the options presented. Assisted reproduction, embryo manipulation, and embryo reduction are examples of how embryos and fetuses are not seen as patients who deserve care.

A little patient is always a great human being, this should be reinforced not only in the practice of medicine, but also in the social morality.

The fact is that medicine may offer survival to these babies, but many times it will result in serious disabilities.

Indeed, a serious disability cannot be easily confronted by the family in economic terms and emotional stress, this is why the creation of support networks is very important, like the “millenarian oak”, a thoughtful proposal of Dr. Velázquez.

Support networks have been known and encouraged in many fields of medicine for several years. In these groups, resilience is practiced, which is the quick and effective approach of emotional recovery facing serious problems and losses.

Network intervention through the action of relatives, friends and various social actors allows the creation a positive space of so-

cial support, giving the patient and family the possibility to acquire a progressive autonomy to confront critical situations in a better way.

Dr. Velázquez deals with a gray area in the field of neonatology and general medicine that reflects upon the rights and point of view to be had facing the little patients. She provides options for the needs of the families who welcome them with love, considering that everyone in a society has diverse degrees of interdependence that have to be taken care of, especially with an adequate empathic view from society to those who are vulnerable and in need.

It is also important to point out that Bioethics, through philosophic reflection, offers professionals a greater extent in their reasonings, which are inspiring not only for themselves, but also for the scientific society.

The book of Dr. Velázquez has sound arguments from the scientific and humanistic point of view in a novel and controversial field within the discipline of Bioethics.

Criterios para los colaboradores de “Medicina y Ética”

1. *Medicina y Ética* es una revista especializada en el campo de la Bioética que está enfocada a la **difusión académica** entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo. En consecuencia, **esta revista no acepta** artículos de **difusión**, ni material que puede ser considerado **propagandístico** de instituciones, compañías, personas u otros. La revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia en la exposición de las ideas.
2. De acuerdo con lo anterior, **las opiniones son de responsabilidad exclusiva del autor**, y no reflejan necesariamente la posición de la Facultad de Bioética o de la Universidad Anáhuac. El Consejo Editorial no presupone, en ningún caso, que la Institución de origen o de para quien el autor trabaja, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.
3. El **material deberá ser inédito**, excepción hecha por los artículos que, por acuerdo común, provienen de la revista italiana *Medicina e Morale*.
4. Se consideran dos tipos de publicaciones: artículos y reseñas. Los **artículos** deben tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Éstos deben ser sobre temas monográficos. Las **reseñas** deben tener una extensión mínima de una cuartilla y máxima de cinco. Las reseñas pueden ser tanto críticas como meramente expositivas.
5. Los artículos deberán enviarse en **español** o **en inglés**, de manera clara y concisa. Deberán ir precedidos por un resumen en español con 5 palabras clave no incluidas en el título. Y, a continuación, un abstract en inglés y las palabras clave.

6. Las **referencias bibliográficas** deberán ser numéricas en el texto, y al final una lista con la bibliografía referida en el texto. En pie de página sólo pueden ir notas del autor. La forma de referenciación será Vancouver o Chicago
7. El texto del artículo deberá ir en **ARIAL 12** a 1.5 espacios. Se pondrá el título y, debajo, el nombre del autor con asterisco (*) que en pie de página dirá su adscripción laboral (lugar donde trabaja), exclusivamente, y correo electrónico. A continuación vendrá el resumen con palabras clave, y luego el abstract y key words.
8. Los originales deberán ser enviados por vía electrónica **exclusivamente** a esta dirección:
Dra. Martha Tarasco Michel, Coordinadora Editorial
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac México
Email: mtarasco@anahuac.mx
9. Los artículos serán **dictaminados** por al menos dos académicos de competencia relevante en el tema, en un plazo máximo de tres meses. Los nombres de dictaminadores y autores permanecerán anónimos durante este proceso. Los autores recibirán la respuesta al dictamen. En el caso de **respuesta negativa**, el autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverla a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material.
10. Los artículos ya aceptados serán publicados en los medios que la Universidad Anáhuac México decida.
11. A similitud con otras revistas, si el artículo no cumple con el formato, será devuelto sin evaluación.

Criteria for collaborators on "Medicine and Ethics"

1. «Medicine and Ethics» is a specialized journal in the field of bioethics that is focused on **academic dissemination** among professionals associated with topics and current discussions in this field. As a result, **this magazine does not accept articles for distribution**, nor material that can be considered **propaganda** from institutions, companies, individuals or others. The journal is not limited to one vision of bioethics, as long as articles rigorously fulfill their own methodology for stating and expressing ideas.
2. In accordance with the foregoing, **the opinions expressed are the sole responsibility of the author**, and do not necessarily reflect the position of the Faculty of Bioethics or Anahuac University (*Universidad Anáhuac*). The Editorial Board does not assume, under any circumstances, that the institution of origin or for whom the author works, subscribes to the author's positions as stated in their corresponding article.
3. The **material should be unpublished**, except for articles that by mutual consent originate from the Italian publication «*Medicina e Morale*».
4. Two types of publications are considered: articles and reviews. **Articles** must have a minimum length of 15 pages and a maximum of 30. These should be on monographic subjects. **Reviews** should have a minimum of one page and a maximum of five. Reviews can be both critical as well as explanatory.
5. Articles should be submitted in **Spanish** or in **English**, in a clear and concise manner. They should be preceded by a sum-

- mary, in Spanish, with five key words not included in the title. And then followed by an abstract in English with the key words presented after.
6. **Bibliographical references** must be numbered within the text, and there should be a list with the entire referenced bibliography at the end. Only the author's annotations should be included in footnotes. The Vancouver or Chicago referencing style should be used.
 7. The text of the article should use **ARIAL 12** fonts and 1.5 spacing. The title will be placed under the author's name with an asterisk (*), which in the page footer will state the author's employment affiliation (place where he/she works) and email. Next will come the summary with key words, followed by the abstract and key words.
 8. Originals must be sent electronically and **only** to this address:
Dr. Martha Tarasco, Editorial Coordinator
Faculty of Bioethics
Universidad Anáhuac México
mtarasco@anahuac.mx
 9. Articles will be **reviewed and approved** by at least two academics with relevant expertise in the subject, within a maximum period of three months. The names of the experts and authors will remain anonymous during this process. The authors will receive a reply regarding the review. In the event of a **negative response**, the author may make the corrections that he/she deems pertinent and resubmit the article, without «Medicine and Ethics» being obligated to publish the material.
 10. Articles that have been accepted will be published in the media chosen by *Universidad Anáhuac México*.

11. Similar to other magazines, if the article does not comply with the format, it will be returned, without evaluation.

