

4

ISSN 0717-2370

Cuadernos del Programa Regional de Bioética

- | | | |
|----|---|-----|
| 1. | “Nuevas” tendencias en Bioética
Fermín Roland Schramm | 8 |
| 2. | Fundamentación en Bioética: algunas cuestiones previas
Gladys Alicia de Simón y Agustín Victoriano Estévez | 22 |
| 3. | Persona moral y derecho a la salud
María Julia Bertomeu y Graciela Vidiella | 39 |
| 4. | Deber Social y Complicidad Moral
Edmund D. Pellegrino | 57 |
| 5. | Desafíos éticos en la medicina de alta tecnología
Dr. José Eduardo de Siqueira | 91 |
| 6. | Dilemas en la toma de decisiones en el paciente crítico
Dr. Gabriel d’Empaire | 108 |
| 7. | Aspectos éticos de los transplantes de órganos
Rosa Angelina Pace | 131 |
| 8. | Muerte y dignidad humana
Daniel D. Sulmasy | 153 |

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. , OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
DIVISION SALUD Y DESARROLLO HUMANO



CUADERNOS DEL PROGRAMA
REGIONAL DE BIOÉTICA
NÚMERO 4 – JULIO 1997
ISSN 0717 – 2370

**® PROGRAMA REGIONAL DE BIOÉTICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
OPS/OMS**

REPRESENTANTE LEGAL:	DR. JULIO MONTT MOMBERG
DIRECCIÓN:	PAUL HARRIS N° 460, LAS CONDES, SANTIAGO
DE CHILE	
EDITOR:	DR. JUAN PABLO BECA I.
COMITÉ EDITORIAL:	DR. JUAN PABLO BECA I. DR. MIGUEL KOTTOW L. DR. CARLOS TREJO M. LIC. MAHAL DA COSTA S.
EDICIÓN:	LIC. REBECA URIBE F.
PRODUCCIÓN GRÁFICA:	BYWATERS & ASOCIADOS

CONTENIDOS

1. “Nuevas” tendencias en Bioética

Fermín Roland Schramm

Desde el inicio de la Bioética hasta hoy se distinguen dos fases, la de los “pioneros” (V.R. Potter, Kennedy Institute) que la definieron como “ciencia de la vida” o “filosofía moral aplicada” y la actual que se caracteriza por las secuelas éticas de la “globalización” que incluye las dimensiones económica, política y tecnológica. Este avance vertiginoso debe conducirnos a una saludable “eurística del temor”, que tiene su origen en el estado de ignorancia en que todos nos encontramos frente al rumbo de nuestro futuro.

2. Fundamentación en Bioética: algunas cuestiones previas

Gladys Alicia de Simón y Agustín Victoriano Estévez

Para definir y delimitar el término Bioética, se aborda esta disciplina desde tres puntos de vista: como ética aplicada, como ética clínica y como discurso interdisciplinario. Se admite que cada uno de ellos exige diferenciar su campo y sus criterios, pero, a la vez, la totalidad y la coherencia del discurso bioético exige su integración.

3. Persona moral y derecho a la salud

María Julia Bertomeu y Graciela Vidiella

Se plantea un análisis sobre las opciones emergentes de la aplicación del modelo económico neoliberal en la atención de salud: política social o asistencia social. El sector público con recursos disminuidos enfrenta una demanda incrementada por las transformaciones del aparato productivo y por la crisis de la seguridad social. La tendencia del modelo neoliberal es reducir los servicios sociales en manos del Estado y traspasarlos a la actividad privada. En este esquema económico, la ley de oferta y demanda definirá sobre las prioridades en salud y el tipo de cobertura.

4. Deber Social y Complicidad Moral

Edmund D. Pellegrino

La complicidad moral en la ética de la medicina tiene características especiales. El conocimiento del médico y su capacidad se orienta primordialmente a lograr el bien de la persona que atiende. En el caso de la atención a personal militar o pacientes con problemas mentales, es necesario considerar la experiencia de los tribunales de

justicia y los cuerpos ejecutivo y legislativo, así como también se debe contar con la implementación de políticas públicas. Es en estas situaciones que los médicos enfrentan posiciones de lealtad dividida: como ciudadanos o como agentes de una institución. Se plantea la necesidad de definir la distancia moral en el cumplimiento de este tipo de funciones.

5. Desafíos éticos en la medicina de alta tecnología

Dr. José Eduardo de Siqueira

La Bioética permite abordar el conflicto creado por la disponibilidad cada vez mayor de tecnologías que gravitan en el acto médico, alterando la relación médico – paciente. Dicha tecnología de costos altos y crecientes es inalcanzable para grandes sectores de la población, lo que ahonda las condiciones de desigualdad y desequilibrio social. Los dilemas éticos en la toma de decisiones pueden tener soluciones justas y equilibradas a través de la discusión bioética, que por ser transdisciplinar permite obtener respuestas adecuadas a este tipo de conflictos.

6. Dilemas en la toma de decisiones en el paciente crítico

Dr. Gabriel d’Empaire

El avance tecnológico ha permitido mejorar paulatinamente la supervivencia y calidad de vida de un número significativo de pacientes que antes hubieran muerto irremediablemente. Sin embargo, han aparecido otros problemas que deben ser afrontados. En el caso de los pacientes críticos, no existen elementos objetivos para determinar el pronóstico en forma certera y rápida. Todavía sigue gravitando el sesgo paternalista en la relación médico – paciente, que junto a la falta de información y a los temores legales, contribuye a aumentar el sufrimiento de muchos enfermos, al prolongar el proceso de morir y a incrementar considerablemente los costos de la medicina.

7. Aspectos éticos de los trasplantes de órganos

Rosa Angelina Pace

La terapéutica en los trasplantes ha tenido dos etapas. En la primera, considerada como experimental, debió enfrentar todos los problemas derivados de la experimentación en humanos. Una vez superada debió prever las consecuencias relativas a riesgo – beneficio y costo – beneficio.

En la actualidad los problemas de los procedimientos de trasplantes se originan en la escasez de recursos y principalmente en la carencia de órganos.

8. Muerte y dignidad humana

Daniel D. Sulmasy

El concepto de dignidad humana puede entenderse como una propuesta moral que considera que cada vida humana tiene un significado y un valor intrínseco. Considerar que la dignidad humana es alguna condición que unos tienen y otros no, o que la pueden tener en grados variables, lleva a conclusiones moralmente inaceptables. Provocar la muerte de un paciente, aunque se esté muriendo, es considerar que la vida de ese paciente ha perdido todo significado o valor y es por lo tanto actuar contra su dignidad, es actuar inmoralmente.

PRESENTACIÓN

La capacitación de médicos y profesionales provenientes de otras disciplinas sociales que se desempeñan en el área de la salud y que integran hoy el grupo de postulantes al Magister en Bioética de la Universidad de Chile, con la participación del Programa Regional de Bioética y la Universidad Complutense de Madrid, permite en la presente edición, el análisis de distintos problemas médicos vistos desde la perspectiva de la Bioética, sus fundamentos y aplicaciones prácticas.

Desde la aparición del término Bioética en la década de los '70 hasta hoy se distinguen dos fases: los "pioneros" y la "pos globalización". Una relectura de sus orígenes y del temor actual frente al rumbo de nuestro futuro, a la luz de la tecnología, nos obliga a prepararnos y reflexionar sobre las etapas que vienen.

No escapa a la realidad actual, la imprescindible mirada a la posición de lealtad dividida que enfrentan hoy los médicos en cuanto tales, como ciudadanos y como agentes de una institución. La vulnerabilidad para entrar en la complicidad de cometer actos incorrectos es abordada ampliamente, por cuanto constituye una de las situaciones más complejas de la vida moral. Destaca en este ensayo el concepto sobre "distancia moral" entre el ciudadano que se le brinda al paciente, el uso del conocimiento médico y la facilidad de cometer actos incorrectos en la práctica institucional o fuera de ella. ¿Es posible evaluar distintos niveles de complicidad moral y distinguir la cooperación lícita de la ilícita?

Como resultado también del desarrollo tecnológico se registra un aumento de costos que empieza a ser inalcanzable para una gran parte de la población, lo que profundiza las condiciones de desigualdad. Nuevamente se acude al análisis interdisciplinar de la Bioética para llegar a consensos que permitan respuestas socialmente justas y adecuadas.

Entre los artículos escritos por postulantes al Magister el énfasis está puesto en la calidad de vida de pacientes que en años anteriores no hubieran tenido más opción que la muerte irremediable. Las decisiones a tiempo y certeras en el caso de los pacientes críticos continúan ocupando en foco de preocupación de los médicos, por cuanto hoy la tecnología permite prolongar el proceso de morir, pero aumenta sus costos. La disponibilidad creciente de tecnologías de alto costo se convierte en inal-

canzable para un sector mayoritario de la población, provocando iniquidades sociales que pueden ser solucionadas desde la aplicación de criterios bioéticos. Los procedimientos de transplantes, luego de superar la etapa de experimentación humana que generó algunos cuestionamientos éticos, enfrentan hoy el problema de la escasez de recursos y la carencia de órganos.

En cada nuevo conflicto derivado del avance de las ciencias y del desarrollo de la tecnología emerge con fuerza propia el concepto de dignidad humana como valor básico en las decisiones, en relación con el paciente terminal y las formas de bien morir.

Especial relevancia cobra el debate bioético generado por la tendencia creciente de la aplicación de modelos neoliberales que reducen cada vez más los servicios del Estado y procuran su traspaso al sector privado. La incidencia en el sector salud es analizada desde la Bioética, emergiendo con fuerza el concepto de justicia sanitaria y derecho a la salud y la disyuntiva entre diseñar políticas sociales para los más desposeídos o reducirlo a la simple asistencia social.



**“NUEVAS” TENDENCIAS
EN BIOÉTICA:
LA BIOÉTICA GLOBAL DE
VAN RENSSLAER POTTER**

**FERMÍN ROLAND SCHRAMM
PH.D. PROFESOR E INVESTIGADOR EN FILOSOFÍA DE
LA CIENCIA Y BIOÉTICA
ESCOLA NACIONAL DE SAUDE PUBLICA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ DO RIO JANEIRO, BRASIL**

Dirección Postal: Escola Nacional de Saude Pública
Fundação Oswaldo Cruz do Río Janeiro, Brasil
Ministerio de Saude
Rua Leopoldo Bulhoes, 1480 Manguinhos
RJ 21041, Río de Janeiro, Brasil

SUMMARY

Two related subjects are presented: 1) The so called “pioneers stage” of Bioethics (V.R. Potter and Kennedy Institute of Ethics), where the discussion was to accept Bioethics as a “science of life”, committed to the study of themes related to human survival, or as “applied moral philosophy” studying the rational analysis of the new moral dilemmas introduced by new technology in common life and health care. 2) A recognition of Bioethics in current years as a discipline, in light of the fact of world’s globalization with its new moral problems, and as a second stage that presents a new reading of Potter’s global proposition, along with Hans Jonas’ proposals.

RESUMO

Este artigo pretende, num primeiro momento, apresentar duas questões interligadas: 1) a “fase dos pioneiros” (V.R. Potter, Kennedy Institute) de bioética em que se discute seu estado disciplinar enquanto um novo tipo de “ciência da vida”, preocupada com a sobrevivência humana, ou enquanto campo da “filosofia moral aplicada”, preocupada com a análise racional dos novos dilemas morais resultantes da introdução das biotecnociências na vida e na saúde; 2) a reconfiguração disciplinar em curso na bioética dos anos 90, à luz da globalização do mundo de vida e seus novos problemas morais. Como desdobramento desta segunda fase, apresenta – se, num segundo momento, uma releitura da proposta “global” de V.R. Potter, junto com a proposta de Hans Jonas.

Como toda disciplina emergente, la Bioética dispone de dos temas preliminares: 1) un asunto de forma, referido a su estatuto epistemológico y a sus métodos legítimos, en el caso específico a su identidad disciplinaria en el campo de las teorías morales; 2) una cuestión de contenido, relativo a sus aplicaciones, es decir a sus objetivos y finalidades que, en principio, pretende la mejoría del bienestar del individuo y de las poblaciones humanas, incluyendo la calidad del medio ambiente, responsable de la mayor o menor calidad de vida.

Un primer desdoblamiento teórico de estas interrogantes consiste en preguntarse si la Bioética es una disciplina científica o filosófica. Desde la publicación de la primera edición de la *Encyclopedia of Bioethics* (1), existe un consenso relativo entre los especialistas en considerarla una disciplina filosófica perteneciente al campo de la filosofía aplicada, pero específicamente, una forma de ética práctica: “La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana, en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, visto a la luz de los valores y principios morales”. (*Encyclopedia*, vol. I. p. XIX).

Existe también una posición que fue inicialmente minoritaria, pero que hoy parece resurgir gracias al renovado interés por las interfases con los puntos de vista holísticos en las ciencias, la religión y las ciencias sociales en el análisis de los problemas consecuentes de la globalización, tales como las nuevas formas de desigualdad y exclusión social. Se trata de la posición definida por quien es considerado como el creador del neologismo “Bioética”, Van Rensselaer Potter, para quien la Bioética debería llegar a ser un nuevo tipo de Ciencia de la Vida, esencialmente interdisciplinar y preocupada de la supervivencia de la especie humana, capaz de integrar la biología humana (ampliamente entendida), la competencia humana en crear y acompañar los valores humanos, los problemas del medio ambiente y de los otros seres vivos que intervienen en la preservación y la mejoría de la propia calidad de vida de los seres humanos (2). Este ensayo propone una revisión de la posición de Potter, que fue minoritaria en la “primera fase” y que caracteriza el debate de los años 90.

BIOÉTICA DE LOS AÑOS 70 – 80 Y BIOÉTICA DE LOS AÑOS 90

Durante la primera fase de la Bioética, se trataba de saber si su aparición correspondía a un movimiento cultural, una disciplina filosófica o, como quería su fundador Potter, un “puente” entre filosofía y ciencia. Es conveniente conocer cuáles serían en cada caso las herramientas teórico – metodológicas legítimas. Desde un punto de vista más práctico, también es pertinente saber si la Bioética es de hecho una nueva ética y, si acaso responde afirmativamente, cuáles serían sus argumentos morales específicos y en pro de cuáles objetivos concretos.

Tales asuntos atravesarán y se entrecruzarán durante la primera fase de existencia de la Bioética cuando, durante los años 70 y 80, ésta surgió en la base misma de las interrogantes que los movimientos socio – culturales occidentales realizaban sobre su sentido y sus rumbos. En esta etapa la Bioética emergió en el contexto de la formación de una nueva sensibilidad moral, al mismo tiempo más libre de las enseñanzas tradicionales (consideradas obsoletas para enfrentar los nuevos desafíos contemporáneos propiciados por las dos revoluciones que más afectaron el saber biomédico de este siglo: “la revolución terapéutica” de los años 30 y 40 y la “revolución biológica” de los años 60) y más preocupada con las posibles consecuencias para el bienestar humano, resultantes de las elecciones tecnológicas, políticas, económicas y ambientales. Sin embargo, en este período no se sabía con qué substituir los valores considerados “obsoletos” y que ellos pudiesen ser aceptados por las sociedades esencialmente secularizadas y politeístas, cuya transformación era demasiado rápida.

Finalmente, se optó por un conjunto de valores llamados principios *prima facie* (autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia), conocidos con el nombre de *principialismo* (3,4). Recientemente el bioeticista italiano Maurizio Mori llamó a este primer período de existencia Bioética “fase de los pioneros”, durante el cual la Bioética habría construido su identidad disciplinaria en el contexto de los conocimientos considerados como pertinentes desde el punto de vista académico, así como su legitimidad pública en el contexto de los debates nacionales e internacionales (5). En efecto, en esta fase que podemos llamar de “movimientista” debido a su impacto cultural en las sociedades norteamericana y europea, donde la Bioética ha delinea-

do más su problema general (6). Surge entonces la necesidad de un análisis y evaluación moral de aspectos de la vida no tomados en cuenta por la ética tradicional y sus tópicos específicos, tales como el comienzo de la vida (fecundación artificial, aborto), el fin de la vida (empecinamiento terapéutico, eutanasia activa y pasiva, distanacia) de individuos y poblaciones resultantes del desarrollo biotécnico – científico.

Pero a partir de los años 90 la Bioética parece haber entrado en una nueva fase, que llamaremos aquí de “post – ecuménica”. De hecho, en ese lapso la Bioética deja de ser un campo amistoso en que coexistían, de manera pluralista, posiciones conciliatorias y objetivos aparentemente similares bajo el gran paraguas “ecuménico” representado por la palabra Bioética. Quiere decir que, a partir de los años 90, la Bioética se torna una disciplina que asume una dimensión mundial y encuentra sistemas culturales, sociales y políticos diferentes, teniendo en cuenta por lo tanto que ubicarse en un contexto internacional de valores conflictivos, no siempre solucionables en denominadores comunes (7).

Un primer efecto de esta reconfiguración disciplinaria es el hecho de que la Bioética se diferencia de otras disciplinas afines, tales como la “ética ambiental” (8) y el movimiento de “ética animal” como el animal liberation (9), consideradas hasta ese entonces como pertenecientes al mismo campo interdisciplinario de la Bioética. Con tales campos disciplinarios afines la Bioética mantiene actualmente relaciones de diálogo (propio de su vocación metodológica inicial), pero tales relaciones son construidas solamente porque el ambiente y el mundo animal tienen efectos sobre la calidad de vida humana y, utilizando la expresión de la tradición iluminista francesa, para los derechos humanos. En particular, los problemas morales relevantes para la Bioética de esta segunda fase son aquellos provenientes de la modificación genética de animales y plantas, de la transformación imprudente del medio ambiente, las manifestaciones de biodiversidad animal y vegetal y de sus procesos industriales, en cuanto ellos son relevantes para el propio bienestar humano presente y futuro. Sin embargo, estos problemas integran más precisamente el campo de la llamada bioseguridad, disciplina que implica reglamentación y protección jurídica de los seres vivos, incluyendo el “disciplinar” del saber – hacer humano en el campo de los sistemas y ambientes vivos para controlar, dentro de lo posible, los eventuales riesgos sanitarios. Prueba de esto es que Brasil tiene desde 1995 una ley de bioseguridad y se está a punto de legislar sobre los experimentos en animales. Asimismo, se pretende reglamentar las investigaciones en seres humanos asegurando instrumen-

tos jurídicos capaces de regular el comportamiento en estos campos de acción.

Los rasgos más importantes de esta segunda fase de la Bioética son, por un lado la relevancia moral cada vez mayor atribuida a las ciencias médicas y, por otro, la dualidad político – jurídica asumida en el tema de la Bioética por nuestra sociedad en rápida transformación, para comenzar por los problemas de salud pública. En particular, por la espada de Democles representada por la limitación de recursos disponibles para enfrentar las complejas situaciones sanitarias. En suma, parece que en esta segunda fase la Bioética está regresando a sus orígenes (la ética biomédica) y a la vez extendiéndose al campo de las ciencias sociales, para las interfases entre éstas y las ciencias en salud. Como sintetizó el teórico de los “límites” – el bioeticista Daniel Callahan - actualmente estamos entrando en la “era de los límites”, en la cual “la curva del progreso será cada vez más plana, al paso de aquella de los costos del progreso será cada vez más aguda” (19). Este es sin duda uno de los problemas más complejos de la salud pública actual, pues ella tiene que enfrentar la transición epidemiológica que afecta, simultáneamente a países con disponibilidades diversas de recursos, pero que no por eso tienen situaciones de salud diferentes, de acuerdo a lo que de hecho está disponible en términos de prevención y tratamiento.

Aquí no trataremos este asunto, a pesar de ser relevante desde el punto de vista bioético, pues queremos volver por así decir a los orígenes de la Bioética, particularmente a las posiciones de su fundador, Van Rensselaer Potter.

Este retorno en “espiral” se justifica por dos razones principales. En primer lugar porque Potter, siendo el creador del neologismo bioethics, fue por mucho tiempo olvidado después de los desarrollos posteriores de la Bioética durante la “primera fase”, hecho que pone en duda la “memoria” de la Bioética como disciplina. En segundo lugar, porque en esta “segunda fase” de la Bioética, los problemas expuestos desde el inicio por Potter son retomados como argumentos contra la posición dominante del principalismo en la Bioética, adquiriendo un nuevo aliento gracias a las corrientes que unen contenidos religiosos y contenidos de pensamiento ecológico y de teorías holísticas. Potter se justifica, por lo tanto, por un asunto de justicia y por un asunto contingente.

Pero, antes de eso, es necesario recordar los contenidos principales de la Bioética en su primera fase, particularmente, sobre las posiciones “mayoritarias” y “minoritarias” en la Bioética.

POSICIÓN MAYORITARIA Y POSICIÓN MINORITARIA EN LA BIOÉTICA

Sobre la novedad y especificidad de la Bioética con relación a la ética tradicional, existen una serie de definiciones que merecen ser presentadas brevemente para evitar confusiones. Ellas son esencialmente de cuatro tipos y afirman que la Bioética estaría determinada:

- 1) por su extensión para que, a pesar de las fronteras de la ética tradicional, incluya los problemas morales relativos a la totalidad del ser viviente;
- 2) por su carácter interdisciplinario;
- 3) por su exigencia en detectar y justificar las razones que fundamentan las opciones asumidas; y
- 4) por su vocación en definir una frontera ética a los avances bio – tecnocientíficos.

Las críticas que pueden realizarse a estas definiciones son las siguientes:

1a) a pesar de que la extensión sea una de las características del debate en Bioética, ésta no justifica una nueva disciplina, al no tratarse de una diferencia cualitativamente relevante;

2a) la interdisciplinariedad tampoco es una propiedad exclusiva de la Bioética, aunque sea una de sus características, ya que existe en las ciencias humanas y sociales desde los años 50;

3a) el carácter justificativo y racional tampoco es exclusivo de la Bioética, pues pertenece también a la tradición de la ética médica, de la medicina legal y de la deontología médica; y

4a) la vocación de poner límites a los avances bio – tecnocientíficos, a pesar de que apunta hacia una corriente de las discusiones en Bioética, no toma en cuenta el hecho que la Bioética continúe discutiendo problemas “médicos” antiguos, como el aborto y la eutanasia.

Para entender la verdadera novedad de la Bioética frente a la ética tradicional, inse-

parable de la religión y de la tradición milenaria, es preciso recordar el proceso de la secularización progresiva y el consecuente individualismo del mundo entero, estudiados tanto por el psicólogo Max Weber (secularización) como por el antropólogo Louis Dumont (individualismo), entre otros. Más específicamente la Bioética nace en 1970 inicialmente como un movimiento cultural al interior de la sociedad norteamericana esencialmente protestante, individualista y secularizada, en la cual se viene delineando, desde los años 60, un nuevo tipo de sensibilidad y, consecuentemente, una nueva ética. Durante este período se expresa un cuestionamiento radical de los valores recibidos, considerados como legítimos e históricos por las sociedades más tradicionales. Tal cuestionamiento se hace explícito en los movimientos de los derechos de la mujer, en los movimientos ecológicos, en los movimientos por la paz, en los movimientos por la calidad de consumo, en los movimientos por la calidad de vida urbana etc. El denominador común entre dichos movimientos es el hecho de que todos ellos se preocupan de la calidad de vida de los individuos concretos en situaciones determinadas, a pesar de las diferencias específicas de cada uno, son relevantes para la así llamada “cultura de la diferencia” que constituye uno de los ingredientes fundamentales del politeísmo postmoderno. Esto delinea un nuevo ethos, tornando más explícitos determinados anhelos presentes en lo social.

El hecho es tan relevante que se puede hablar de una verdadera transición paradigmática, conteniendo aquello que Mori llama substitución *del Principio Sagrado de la Vida por el Principio de Calidad de Vida* (11). En este contexto secularizado, las discusiones éticas no se refieren más necesariamente ni a premisas teológicas – que como escribió Alsdair McIntyre, si no fuesen justificadas pueden ser similares a la “astrología y a la frenología” (12) – ni tampoco las leyes naturales que garantizarían comportamientos correctos por tener un fin intrínseco supuestamente “bueno” para la supervivencia, lo que no está demostrado por ninguna disciplina biológica.

La transición para el nuevo ethos del cual emerge la Bioética, caracterizada por la substitución progresiva del *Principio Sagrado de la Vida por el Principio de la Calidad de Vida*, consiste en la substitución de un principio absoluto (que obliga a respetar “absolutamente” los procesos biológicos sin derecho a intervenir en ellos) por una serie de principios prima facie, es decir, que en los contextos reales se admiten excepciones y que pueden ser por lo tanto cuestionados y negociados. Esta es la novedad esencial de la Bioética frente a la ética como se entendía tradicionalmente.

La primera consecuencia de este cambio de sensibilidad – de este nuevo ethos – es

que en las “sociedades de individuos” (13), esencialmente secularizados, no puede imponerse más una jerarquía de deberes válidos *a priori*, sino solamente consensuar la institución de valores *a posteriori*. Esto significa introducirlos después de evaluar los costos y beneficios de una determinada acción, y en función del aumento o disminución de la calidad de vida de los individuos concretos. En psicología, este fenómeno se conoce como el paso de las sociedades del tipo heterónomo a aquellas de tipo autónomo.

En segundo lugar, los deberes, valores y principios se transforman en lo que de hecho son: una construcción del hombre para el hombre, para su bienestar, sus deseos y proyectos, y para la reglamentación interpersonal y colectiva de tales deseos, proyectos y conflictos.

De esta forma la Bioética se inserta en aquel papel de la filosofía que, de acuerdo a las enseñanzas del pragmatismo filosófico moderno, consiste en procurar el bienestar y disminuir el sufrimiento, esto es, una función esencialmente “aplicada” a la vida real. Por eso es que también la Bioética se considera parte de la filosofía práctica, aunque sus argumentos y su crítica dominante prevalezca necesariamente analítica, debido al hecho que las motivaciones y legitimidad de determinados comportamientos deben ser explícitos y argumentados a través de un “tribunal” de la razón, es decir, en el proceso de aquello que Jürgen Habermas llamó *comportamiento comunicativo*. La Bioética es por lo tanto la forma más dinámica de la ética aplicada distinta a la ética tradicional que es esencialmente “ciencia de la moral”, o sea el estudio “abstracto” (“científico”) de las conductas morales efectivamente presentes en el mundo concreto de los individuos.

A continuación, presentaré la posición definida por Van Rensselaer Potter, un científico que tuvo el mérito de iniciar, por así decir, un debate presentando directa o indirectamente muchos de los temas actuales.

VAN RENSSELAER POTTER Y LA BIOÉTICA GLOBAL

La Bioética como disciplina o campo “interdisciplinario” existe oficialmente hace más de un cuarto de siglo, más precisamente desde que el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter creó el neologismo *bioethics* en 1970 para indicar aquello que se llamaría “ciencia de la sobrevida”, como resultado interdisciplinario entre valores éticos y hechos biológicos (4). Un año más tarde, Potter publicó el volumen *Bioethics*

Bridge to the Future (2) donde expone sus ideas para un público mucho más amplio que aquellas revistas indexadas de los científicos.

Con las expresiones *ciencia de la sobrevivida y puente para el futuro*, Potter quería llamar la atención de una serie de peligros que, de acuerdo al clima cultural de la época, amenazarán la especie humana si no se orientara en forma correcta la enseñanza de las ciencias biológicas, integrándola con los valores humanos. Potter, a pesar de algunas metáforas criticables como aquella que comparaba el comportamiento humano irresponsable sobre el planeta con los efectos del cáncer en el organismo, (no se pueden olvidar que él era oncólogo) no pretendía cerrar las puertas al futuro. La intención del autor era hacer un llamado de atención a la Bioética sobre la necesidad de crear, por un lado, lo que llamara “nueva sabiduría que proporcionase el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la sobrevivida humana y el mejoramiento de la calidad de vida” y por otro lado, “desarrollar una comprensión realista del conocimiento biológico y sus límites, a fin de proponer recomendaciones en el campo de las políticas públicas”.

Aunque preocupado con los problemas ecológicos que ya formaban parte de la pauta de las preocupaciones públicas de la utopía occidental, el científico Potter que se definía como un “experto pragmático” llamaba la atención, no tanto para una moratoria de los nuevos conocimientos producidos por la revolución biológica, pero sí para el concepto “más ciencia es mejor”, pues para él el problema ético relevante ya no era interferir o no en el ambiente y en los procesos. Para Potter, este asunto ya estaba resuelto pues “la evolución cultural ha decidido que el ser humano quiere modificar (to tamper) su ambiente y su propia biología. Esto lo hizo en una escala colosal, lo que es irreversible (...) y sólo podremos luchar por el uso de más inteligencia y más responsabilidad (...) no por una moratoria de nuevos conocimientos, pero sí para un acoplamiento entre el conocimiento biológico y los valores humanos, es decir, una ética interdisciplinaria o biológicamente fundada”. O sea, para Potter la única elección posible para la humanidad sería “lidiar con el riesgo del conocimiento procurando más conocimiento”, siendo que en la situación actual de riesgo estructural, no intervenir también sería una forma de intervención. Por eso, la Bioética procuraría “balancear los apetitos culturales frente a las necesidades fisiológicas, en términos de políticas públicas generando la sabiduría de cómo usar el saber para el bien social”.

Estos asuntos serán retomados por Potter en la misma revista, después de dos

décadas de crítica por su concepción de la Bioética. En esta ocasión el autor, acatando aparentemente las críticas formuladas, utilizará el término de *global bioethics* (15) reiterando las posiciones de las dos décadas anteriores, esto es, que el papel de la Bioética sería el desarrollo de una “moral evolutiva” al mismo tiempo “humilde”, “responsable” y “competente”, “directamente dedicada hacia la supervivencia a largo plazo de la especie humana (...) a la protección de la dignidad humana (...) al control de la fertilidad, a la presencia y el restablecimiento del ambiente saludable”. Esta moral evolutiva debería ser capaz de enfrentar el así llamado *fatal flaw* en la evolución, o sea, el hecho de que la evolución favorece a corto plazo a los individuos altamente especializados y perfectamente adaptados a su medio ambiente, lo que puede resultar una “fatalidad” en el largo plazo, como en el caso del panda gigante relatado por Stephen Jay Gould (16). Por eso el medio cultural, construcción específica de la especie humana, debería balancear adecuadamente el instinto individual a corto plazo y las necesidades a largo plazo de la especie “para una supervivencia *acceptable*, en contraste con la mera supervivencia de una sobrevivida miserable” (17).

CONCLUSIONES

He citado ampliamente a Potter por un asunto de justicia y por su posición, aunque ésta se haya tornado minoritaria durante la “fase de los pioneros”. Esta parece resurgir en los argumentos en pro y en contra, acerca de aquella que es llamada *globalización*, que incluye no solamente la dimensión económica, sino que igual la política y tecnológica, así como también sus anticuerpos tales como las reacciones fundamentalistas, el neotribalismo y, más aún, los miedos respecto del futuro de la “dignidad humana” frente a los avances de la tecnociencia. En particular, los temores de que la biotecnociencia sólo podría llevar a una mayor esclavitud del ser humano (18). Respecto a esto por el momento la posición de Potter es bien clara: la reforma del ser humano por sí mismo – la evolución de la etapa del *homo sapiens* al *homo creador* como sugería Günther Anders (19) – es un proceso irreversible y para enfrentar los riesgos siempre presentes sólo tenemos la solución de saber más y que el mayor conocimiento sea al mismo tiempo más sabiduría.

Considero importante resaltar este punto porque existe una especie de obsesión en extrapolar el miedo, en sí comprensible en el estado de ignorancia en que todos nos encontramos frente al rumbo de nuestro futuro, una actitud de desconfianza frente a la técnica y la ciencia. Esto va mucho más allá de una saludable “eurística del temor” aconsejada por Hans Jonas (20), supuestamente envuelta en crear nuevas formas

de esclavitud, como si eso dependiera directamente de las propias biotecnologías, y no del “mal” que junto con el “bien”, forman parte de la condición humana. Esta misma actitud extrapola, por ejemplo, de los textos de Hans Jonas, uno de los principales filósofos que se reflejarán sobre la técnica de esta segunda mitad de siglo, una supuesta condena a las propias biotecnologías. De hecho, Jonas afirma que para nuestra evolución no podemos prescindir más de los avances biotécnico – científicos, y que ésta es una condición necesaria de nuestra propia libertad, y por lo tanto también de nuestra propia responsabilidad (21). O sea, en el momento en que nos volvemos potencialmente competentes y nos *auto creamos* conforme a nuestros propios deseos, compartidos o negociados en las relaciones interpersonales y colectivas, nosotros también nos tornamos más *autónomos* en relación a leyes trascendentes y naturales, y por lo tanto más *responsables* de tales decisiones que son esencialmente culturales. Existen evidentemente límites orgánicos y psicológicos, pero nada impide que tales límites, gracias a los resultados obtenidos por la biotecnología, no evolucionen a otros espacios más dinámicos y abiertos sobre lo que es posible.

RESUMEN

Se presentan y analizan en este artículo dos temáticas interrelacionadas 1) La llamada “fase de los pioneros” de la Bioética (V.R. Potter, Kennedy Institute) en que se discute su estado disciplinar como nueva “ciencia de la vida” preocupada de los temas relacionados con la supervivencia humana, o bien como “filosofía moral aplicada” que se preocupa del análisis racional de los nuevos dilemas morales derivados de la introducción de nuevas tecnologías en la vida y en la salud. 2) Un reconocimiento disciplinar de la Bioética en el curso de los años 90, a la luz de la globalización del mundo y sus nuevos problemas morales, como desdoblamiento en esta segunda fase, presentándose ahora una relectura de la propuesta global de V.R. Potter, junto a una propuesta de Hans Jonas.

REFERENCIAS

1. REICH, W.T. (de). *Encyclopedia of Bioethics*. New York – London, *The Free Press/ Collier Macmillan, Publishers*, 1978.
2. POTTER, V.R. *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs, *Prentice Hall*, 1971.
3. BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, JF. *Principles of Bio – medical Ethics*, 4th de (1st de 1979). *New York, Oxford University Press*, 1994.
4. K. DANNER CLOUSER y BERNARD GERT, “A critique of principlism”, *J. Med. Phil.*, 15: 219 – 236, 1990.
5. MORI, M. 1996 “La Bioética en el contexto internacional”, *Simposio Internacional de Bioética, 8 – 9 de marzo de 1996, complejo Hospitalario de Heliópolis, Sacoma, São Paulo, SP, Brasil*, 1996.
6. MORI, M. “La Bioética: su naturaleza e historia”, *Humanidades*, 9 (4): 332 – 41, *Un. ee Brasilia*, 1996.
7. KUHSE, H. & SINGER, P.: “Non – Western de la bioethics and the Internationalism in Bioethics”, *Bioethics*, 9 (3 – 4): III V, *Blachwell Publ.*, 1995.
8. HARGROVER, E.C. *Foundations of Enviromental Ethics*. *Prentice Hall, Englewood Cliffs*, 1989.
9. SINGER, P. *Animal Liberation*. *New York, Random House*, 1975; REGAN, T. *The case for Animal Rights*, London, *Routledge & Kegan*, 1984.
10. CALLAHAN, D. “Porre dei limiti: problemi eitici e antropologici” *L’ arco di Giano*, 4: 75 – 86, pp. 75 – 78, 1994.
11. MORI, M. “La Bioética: La risposta della cultura contemporanea alle questioni relative alla vita”. In: VIANO, A (org.) *Teorie etiche contemporanee*. *Torino, De. Bollati – Boringhieri*, pp. 186 – 224, 1990.

12. McINTYRE, A. "Theology, Ethics, and the Ethics of Medicine and Health Care: Comments on Papers by Novak, Mpuw, Roach, Cahill and Hartt" *Journal of Medicine and Philosophy*, 4: 443. Apud MORI, M., 1990. "Bioética: nuova scienza o riflessione morale?", *Mondoperaio*, XI: 120 – 128, 1979.
13. ELIAS, N. *Die Gesellschaft der Individuen*, Frankfurt, Suhrkamp, 1987.
14. POTTER, V.R. "Bioethics, the Science of Survival", *Perspective in Biology and Medicine*, Autumn, 1970.
15. POTTER, V.R. "Getting to the year 3000: can Global Bioethics overcome Evolution's Fatal Flaw", *Perspectives in Biology and Medicine*, 34, 86 – 98, 1990.
16. GOULD, S.J. *The Panda's Thumb: More Reflections in Natural History*. New York Norton Ed., 1982.
17. POTTER, V.R.: *Global Bioethics: Building on the Lepold Legacy*. East Lansing: Michigan State University Press, 1988.
18. HEIDEGGER, M.: "Die Frage Nach der Technik" In: *Vorträge und Aufsätze*, pp. 9 – 41. Pfulligen, Günter Verlag, 6ª., 1990.
19. ANDERS, G. *L'uomo è antiquato. La terza rivoluzione industriale*. Torino, Bollati – Boringhieri, 1992.
20. JONAS, H. *Das Prinzip Verantwortung*. Frankfurt, Insel Verlag, 1979.
21. JONAS, H. *Technic, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung*. Frankfurt, Suhrkamp Verlag, 1987.



**FUNDAMENTACIONES EN BIOÉTICA:
ALGUNAS CUESTIONES PREVIAS**

**PROF. GLADYS ALICIA DE SIMÓN Y AGUSTÍN VICTORIANO ESTEVEZ
PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA, NORMAL Y ESPECIAL EN FILOSOFÍA**

Dirección Postal: Centro de Investigaciones Bioéticas,
Departamento de Humanidades,
Universidad nacional del Sur
12 de octubre y san Juan
(8000) Bahía Blanca, Argentina

SUMMARY

Starting with the public characterization of bioethics as knowledge that unites different disciplines, the author remarks on the ambiguity of the term and tries, following the suggestions of the Italian bioethics specialist Massimo Reichlin, to differentiate and distinguish its meanings. To do so, the author shows the need to conserve the autonomy of the different aspects which merge together in bioethics while, at the same time, being part of a common treatise. In this way, the text undertakes bioethics from three points of view: as applied ethics, as clinical or practical ethics, and as interdisciplinary treatise.

Each one of them requires differentiating its field and criteria, but, at the same time, the overall and coherent bioethical treatise requires their integration. Only in this way can bioethics have an undivided voice necessary to answer the requirements that society is posing. We believe that this differentiation of the term must precede any task of establishing the basis of the thesis.

RESUMO

Partindo da caracterização da bioética como um saber que congrega diversas disciplinas, a autora constata a ambigüedade do termo e tenta, com base nas sugestões do bioético italiano Massimo Reichlin, delimitar seu significado mostrando a necessidade de preservar a autonomia dos diferentes aspectos, porém integrando – os num discurso comum. A abordagem permite uma tríplice consideração da bioética: como ética aplicada, como ética clínica y como discurso interdisciplinário.

De cada um desses aspectos exige – se delimitar seu próprio campo e critérios. Mas a totalidade e coerência do discurso bioética requerem, também, da sua mútua integração. Somente se isso acontecer, a Bioética poderá ter univocidade nas respostas às demandas da sociedade. Acredita – se que a delimitação do termo é anterior às tarefas de fundamentação (teórica).

1.

INTRODUCCIÓN

No cabe duda de que la bioética ocupa hoy la atención de los diferentes medios de comunicación, por la espectacularidad de sus casos y la relevancia pública de sus consecuencias. La ciencia y la tecnología médica nos ponen frente a nuevos hechos para los cuales muchas veces no tenemos respuestas o cuyas consecuencias cuestionan nuestras más claras convicciones morales y espirituales; otras veces el conflicto se plantea porque quienes manejan las nuevas técnicas disponen de un poder que, por ser cada vez más discrecional, exige de alguna manera algún tipo de regulación para limitarlo en defensa de los derechos de los afectados.

Un ejemplo reciente puede ilustrar esto último. Pocas cosas son tan espectaculares en la medicina actual como los trasplantes de órganos, pero su espectacularidad va a la par con la complejidad de los problemas morales que conllevan. Aparte de las dificultades que implica el criterio de muerte y el morir, están las dificultades aún mayores de los criterios que se han de adoptar para determinar quién es el candidato para el trasplante. La escasez de donantes, tanto como el alto valor de la tecnología, exigen tener en cuenta condiciones médicas, morales y socioeconómicas, que resultan difíciles de aplicar en los casos concretos. No menos problemático es determinar quién toma estas decisiones de vida o muerte y con qué autoridad.

Recientemente en Buenos Aires un titular periodístico conmovía al público: “Le negaron un trasplante porque era drogadicta y murió”. En el artículo uno se enteraba de que, en Escocia, una joven de 15 años, después de una fiesta con drogas, había sufrido una falla hepática y en el hospital donde había sido internada se negaron a realizar el trasplante aduciendo el alto costo de la operación – unos 90.000 dólares – y los malos hábitos de la niña. Hay que consignar que en Escocia la medicina es social y está sometida como en todos lados a importantes recortes, parecería una cuestión de equidad exigir del candidato a trasplante una conducta que asegurase el éxito de la operación. En el mismo artículo se pedía la opinión de un médico norteamericano especialista en bioética, quien daba una definición de bioética que queremos destacar: “Esta disciplina (la bioética) es una conjunción de filosofía, derecho y políticas sanitarias” (Diario Clarín, 25/01/97). Agregaba que la decisión médica no dependía de la conducta viciosa del candidato a trasplante, y terminaba

opinando que no veía ningún problema en utilizar órganos de un chimpancé para salvar una vida humana.

Dos aspectos queremos puntualizar aquí. En primer lugar, el carácter híbrido de la bioética: una conjunción entre filosofía, derecho y políticas sanitarias y en segundo lugar, su asociación con problemas que casi rozan con el sensacionalismo y el escándalo. Ambos son suficientes para dotar el término bioética de confusión y ambigüedad.

Nos preocupa cierta ligereza en el uso del término bioética que hoy es doble estándar. El auge creciente de los temas de la disciplina, la difusión de los comités de bioética, la intromisión del poder público, han llevado a que el concepto de bioética se haga difuso y se constituya en ocasiones en vehículo de expresión de deseos e intereses ideológicos que no siempre se explicitan. El fin de este trabajo es poner alguna claridad en el uso del término, destacando las dificultades que están presentes en esta tarea de elucidación que nos parece previa a toda fundamentación.

2. LA BIOÉTICA COMO VÍA MEDIA

Si la bioética es un híbrido de filosofía, derecho y políticas sanitarias cabe preguntarse si tiene suficiente coherencia para constituirse en una disciplina o al menos en un discurso que pueda justificar las esperanzas que socialmente suscita. Si se tratase de un mero zurcido de ideas y conceptos arrancados de aquí y de allí, tal vez le exigimos algo que de antemano no nos va a dar si pretendemos que se constituya en una especie de “desideratum” de todos los conflictos. La exigencia de coherencia y univocidad nos parece esencial antes de pasar a posibles respuestas o salidas. Es preciso evitar cierta propensión a la superficialidad, característica bastante frecuente en algunas reflexiones contemporáneas de la bioética. Muchas veces un afán de cortesía y de pacifismo blando conduce a ocultarnos hechos fundamentales. Un cierto deseo culpable de obtener consenso se olvida de las diferencias, los conflictos y la violencia que caracterizan dolorosamente al “ethos” contemporáneo.

Si observamos con una mirada descriptiva el terreno de que se ocupa la bioética vemos que reina en el conflicto. No sólo se contraponen los principios como el de autonomía y de beneficencia, sino también los aspectos más característicos de la cultura tecnocientífica de nuestra civilización occidental. Si nos restringimos a la tecnología biomédica vemos que los avances son tanto espectaculares como de

temer. Se introducen cuestiones para las que no hay una respuesta previa en nuestros esquemas morales y se problematizan y hasta se desvalorizan convicciones espirituales que son muy claras al sentido y valor de nuestra existencia.

Bastaría con señalar una sola cuestión: la de las nuevas técnicas de reproducción humana, para que se vea cómo en el campo de la bioética se refleja la profunda escisión que se da en nuestra civilización entre una cultura humanística y otra tecnocientífica. La fractura que existe de hecho entre estas dimensiones no evita que en ocasiones una voluntad de poder común se mueva usando los dos registros. Hay un humanismo práctico que, endiosando al hombre, concibe la naturaleza como un dominio propio e inagotable: el hombre no sólo tiene el derecho a explotar la naturaleza, sino el deber. Hay toda una concepción de la técnica que hace suyo este ideal, pensando en la técnica en función de una condición humana ilimitadamente plástica e infinitamente voraz. Con todo, no es esta la forma típica en que se da el conflicto entre cultura humanística y civilización técnica. Al menos no es el caso en la controversia sobre temas como el “status” del embrión humano. En estos casos lo que caracteriza a la confrontación es su no resolución y el continuo retomar los mismos argumentos. De poco sirven las acusaciones de ‘dogmático’ o ‘fundamentalista’ con que un contrincante califica al otro, puesto que detrás del encono hay un problema, puntos de vista que son irreconciliables o inargumentables.

Si se nos permite reducir a lo esencial lo que cada actor pretende defender nos encontramos con la fractura entre la cultura humanística y la técnica. Por un lado, el que quiere preservar la condición humana como algo intangible, pretende poner límites y prohibiciones a un movimiento – el del impulso tecnológico – que amenaza con reducir lo humano a un puro factor manipulable. Por el otro, se defiende una libertad que, se sostiene, no puede sufrir ninguna limitación por posibles consecuencias negativas, porque habría que demostrar previamente que pueden anticiparse estos resultados negativos, lo que exigiría establecer una especie de historia profética.

Puesta la cuestión en estos términos no hay resolución posible porque ambos extremos se niegan y no hacen justicia a los hechos. Hechos que, por otra parte, son muy favorables a la tecnociencia en lo relativo a su efectividad. El imperativo tecnológico tiene una eficacia terrible. Y no se trata de contraponer discursos a la realidad de los hechos; son ociosas e ingenuas las discusiones sobre las técnicas de fertilización asistida, cuando esas técnicas ya están al alcance del público creando nuevas expectativas en los usuarios y poniéndonos ante hechos que requieren regulaciones

ético – jurídicas y control gubernamental. Pero también es cierto que, hoy como nunca, ciertas tecnologías que son posibles amenazan la integridad de lo humano al disminuir, cuando no negar de hecho, la capacidad moral del hombre que requiere de la mediación del lenguaje y de la razón discursiva. Procedimientos técnicos de control de la conducta por medios eléctricos o químicos pueden transformar en ilusorios los ideales humanistas y democráticos, sustituyendo la discusión argumentativa – en la que deberían participar los afectados – por la imposición de los expertos a quienes sólo guía la pasión del proceso tecnológico. Parecería que del gobierno de las personas pasáramos al de los artefactos que hemos inventado para nuestra comodidad y confort.

El tecnócrata se esfuerza por mostrar los beneficios de sus producciones aduciendo el carácter desinteresado de la ciencia y la investigación, olvidando que el carácter especulativo de la ciencia ya perdió el sentido clásico de visión contemplativa, de reflejo de una realidad que se interpretaba ontológicamente. La ciencia, dotada de una racionalidad operativa, se inquieta por lo posible y depende más que nunca de la tecnología que fundamenta y a la vez hace posible su avance, y depende en lo que hace de políticas económicas y del mundo de la industria y de los negocios por lo que hace tiempo que ha perdido su pretendida ingenuidad. Pero el fundamentalismo que pretende liberar a la tecnociencia de todo control ético no debe hacernos olvidar el otro fundamentalismo: la pretensión de poner los límites al progreso tecnológico desde una visión intangible de lo humano y de la naturaleza, ya que no podemos saber de antemano los resultados positivos o negativos de procesos que son en gran medida imprevisibles. No hay conocimiento profético de la historia humana y toda pretensión de predecir el futuro está saturada de nuestros intereses y temores presentes.

Por otra parte, la convicción del que defiende unilateralmente las posiciones humanísticas, sosteniendo que el desarrollo de la tecnología amenaza la naturaleza humana, revela un temor por la fragilidad de la dignidad de la condición humana que el científico le confirma al presentarle el cuadro de la evolución en el que el hombre emerge azarosamente. En el orden evolutivo, en efecto, la aparición del hombre es un hecho contingente al que precede un tiempo anterior y se podría suponer otro tiempo posterior a su desaparición; no hay razones para que de una forma de vida tenga privilegios de supervivencia sobre otras. La dignidad humana, el hecho de que sea el hombre el que introduzca el valor y la predicción, no lo asegura para nada contra errores fatales para su supervivencia.

Todas estas consideraciones sucintas nos llevan a coincidir con Hottois o con Potter en el sentido de que la bioética ha de ocupar una vía intermedia entre estos términos extremos de una cultura humanística y otra científico – técnica para que podamos hablar con Jonas de una existencia genuinamente humana. Si el imperativo técnico nos conduce fuera de la ética, la consigna absoluta de no intervención nos lleva a quedar fuera de la comprensión de la técnica. A la simplificación peligrosa e irreal de los extremos ha de responder una ética de la responsabilidad que, sin dejar de reconocer la especificidad de la condición humana y la preservación de su sentido, ha de tener conciencia de la condición de fragilidad del ser humano y un gran respeto por la libertad y lo que ésta conlleva de riesgo y creación. Este tema de las relaciones entre ética y ciencia es uno de los principales problemas que enfrenta hoy la ética aplicada; como dice Ricardo Maliandi: “Aquí la ciencia aparece, podría decirse, por lo menos en tres roles diversos: 1) como proporcionadora de información para la reflexión moral (primer paso de aplicación), 2) como campo en el que hay que tomar decisiones de significación moral (segundo paso de aplicación), 3) como objeto de enjuiciamiento moral, en el caso de conductas científicas moralmente ‘aprobables’ o ‘impugnables’.

Una ética del riesgo supone una vocación por la verdad que exige una información completa y no deformada de los hechos y un consentimiento de aquellos que se beneficiarán o no por las consecuencias de las acciones técnicas; una ética del riesgo también se responsabiliza por las consecuencias de los procesos en que se compromete y a la vez es prudente como para no jugar con la sensibilidad moral de los hombres. No es tarea fácil ocupar esta vía media, pero la bioética emprende este camino, que es escarpado y lleno de ambigüedades y de azarosas negociaciones porque tiene clara conciencia de que la otra vía es la de la violencia y la soberbia.

Comparte la bioética elementos fundamentales del “ethos” contemporáneo. Sabe que no hay certezas morales incontrovertibles, ni discurso absoluto sobre el ser. El espíritu crítico de la ciencia y los valores de la tolerancia le hacen reconocer que hay muchos estilos particulares e irrefutables de concebir y vivir la felicidad. Tiene la conciencia dolorosa y trágica de que únicamente el camino de algo similar a una ética universal del discurso le da un marco mínimo para evitar la violencia, pero también sabe que sólo una moral concreta y vivida dentro de alguna comunidad le da el peso y las raíces que dan sentido y unidad narrativa a una existencia genuinamente humana. Trabajosamente intenta constituirse en un foro en donde seres hu-

manos con distintas vocaciones expresen con toda libertad y sin coacciones en el sentido de sus propios quehaceres. La bioética en este sentido presupone una actitud de gran apertura ya que es una aproximación pluridisciplinar y pluralista a los grandes dilemas éticos que nos presenta hoy las distintas tecnologías. En palabras de Hottois "... un espacio privilegiado para la internación entre lo simbólico y lo tecnocientífico. Un paraje complejo y difícil en el que los tecnocientíficos están invitados a exponer, de forma clara, los aspectos propiamente científicos y técnicos de las cuestiones debatidas y, al mismo tiempo, a hacer que compartan también su pericia y sus sueños". La interdisciplinariedad surge de la complejidad de los problemas tratados y de la necesidad de ser exhaustivos en la posición de los mismos; el pluralismo es una consecuencia de la complejidad social de nuestro mundo en el que ningún grupo tiene monopolio de legítima respuesta; por otra parte de que Weber llama politeísmo axiológico es lo que caracteriza a las sociedades democráticas contemporáneas.

3. SENTIDOS DIVERSOS Y PARADIGMAS DE LA BIOÉTICA

Si la pretensión de la bioética es la de ubicarse en una vía intermedia entre la cultura humanística y la tecnocientífica para mediar entre ellas, no cabe duda que su empresa está llena de escollos y ambigüedades de las que permanentemente tendrá que cuidarse para que su discurso tenga sentido y sea eficaz. No se podrá llegar a buenos resultados en esta tarea si no se intenta estructurar en un discurso coherente los diferentes aspectos que constituyen lo que M. Reichlin denominó el "status" epistemológico de la bioética. La tarea de delimitar los distintos significados del término bioética es una actividad metaética que ha de preceder necesariamente a toda fundamentación y establecimiento de la disciplina, inclusive nos tendrá que dar alguna pista en la cuestión de si la bioética constituye o no un campo propio y original de investigación.

Lo mejor será partir de la bioética norteamericana, la más difundida y la que ha logrado el mayor nivel de sistematización. Ver cómo allí se ha pasado de un paradigma "principalista" que fue hegemónico hasta los años noventa, al paradigma de la casuística y la ética clínica que pareciera prevalecer hoy. Lo peculiar de la cuestión es que en los dos casos se quiera ver todo el sentido de la bioética desde un sólo ángulo y aunque se mencione el otro nunca se toma en serio su complementación. Un caso ostensible de esto lo representa el cambio de la definición de bioética que se da en la última edición de la muy importante *Encyclopedia of Bioethics* de W.T.

Reich. Allí significativamente se abandona el término principio que se usaba en la definición de la primera edición, para pasar a hablar de “una variedad de metodologías éticas en un contexto multidisciplinario”. Recordemos las dos definiciones: “La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, en cuanto esa conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales”. “Bioética es un neologismo derivado de las palabras griegas bios (vida) y ethiké (ética). Puede definirse como siendo el estudio sistemático de las dimensiones morales – incluyendo visiones, decisiones, conducta y normas morales – de las ciencias de la vida y la salud, utilizando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinar”.

Conviene comenzar caracterizando cada paradigma tal como lo hace el bioético italiano Massimo Reichlin (15) para ver tanto su especificidad como su conflictividad.

En el primer paradigma, caracterizando en la bioética norteamericana por el principalismo de Beauchamp y Childress, la bioética es concebida como ética aplicada. Se da por presupuesta alguna teoría ética y los valores que la configuran, de lo que se trata es de aplicarlos a nuevos campos abiertos por las tecnologías de punta, campo a los que, para distinguirlos de la ética médica tradicional, se los denomina biomédicos. Esa aplicación, de la que no se dice mucho, es concebida dependiente de los principios y teorías éticas cuya validez se presupone y del campo científico o terapéutico a aplicar. Observa Reichlin cómo la definición de la Enciclopedia de Reich ha sido decisiva para interpretar a la bioética como una mera aplicación en el campo de las ciencias de la vida de un saber ético ya constituye de antemano. En tal esquema la bioética es concebida como sistema, pero no constituye un campo nuevo e independiente de investigación. En países como Italia este modelo ha tenido buena acogida, porque en la tradición de la teología moral católica, las cuestiones bioéticas son valoradas desde los principios básicos de la antropología cristiana en lo que suele llamarse la “metafísica de la persona”.

Un caso típico de esta dependencia de la bioética lo representa el teólogo moral Sgreccia quien define a la bioética como “esta parte de la filosofía moral que estima la validez ética de las intervenciones en la vida humana y particularmente con aquellas intervenciones concernientes a la práctica y al desarrollo de las ciencias médicas y biológicas” (16). Otros bioéticos con otras concepciones aceptan también este paradigma de la bioética como ética aplicada, a tal punto que es frecuente sustituir el término bioética por el de ética biomédica. Con ello se quiere mostrar que esta

expresión es más neutra y es comparable con el de ética política o ética de los negocios, mientras que el uso del término bioética puede crear la ilusión de que se está en un dominio independiente, cuando en realidad no se trata más “que de la aplicación de principios morales generales a un área de la actividad humana” (1).

Frente al modelo de la bioética como ética aplicada ligado indefectiblemente a la filosofía, aparecen otras tendencias que enfatizan la novedad de la bioética. Ya no se trata de aplicar principios ya dados o tradicionales a las novedades de las distintas tecnologías; de lo que ahora se trata es de la emergencia de una nueva cultura y de una ética novedosa que exigen principalmente valoraciones más acordes a un mundo pluralista y tolerante. En estas posiciones se destacan los aspectos interdisciplinarios y se presta más atención a las ciencias empíricas y al sentido común de la moral, se sustituye la tradicional ética de la santidad de vida que de un modo u otro supone algún tipo de metafísica teológica, por el de ética de la calidad de vida que parece más acorde a los valores liberales e individualistas de las sociedades democráticas.

Dentro de esta posición podemos incluir al bioético italiano Mori quien concibe la bioética como “una reflexión racional y sistemática de los diversos problemas morales, legales y sociales traídos por el desarrollo extraordinario de la medicina y las otras ciencias de la vida “ (14). Otro autor característico de esta posición es Daniel Callahan quien caracteriza la bioética más que como un campo definido de conocimiento como una nueva metodología y estilo de reflexión a adoptarse frente a los problemas que ponen las nuevas técnicas biomédicas. Insiste igualmente en el carácter consultivo y formativo de la bioética para los profesionales de la salud (2).

Dentro de la misma posición, aunque en otra dimensión espiritual, tenemos al influyente teólogo bioético español Cuyás que caracteriza a la bioética como un nuevo estilo de reflexión moral y de investigación para tratar nuevos y viejos problemas biomédicos que está caracterizado por el diálogo interdisciplinario e interconfesional (5). Lo fundamental es comprender el punto de vista del otro y llegar a tipos de acuerdo consensuados. Está claro que estas consideraciones nos llevan directamente a la realidad de los comités de ética en donde expertos de distintas especialidades ponen sus capacidades al servicio de una toma común de decisiones.

Es la realidad de estas nuevas instituciones lo que ha favorecido la creación y difusión de la denominada nueva casuística. Sus creadores Toulmin y Jonsen (11) for-

maron parte de la Comisión Presidencial en la que se tomaron importantes decisiones en cuestiones biomédicas controvertidas y observaron que si en lugar de partir de principios generales se partía de un cuidadoso análisis de los casos y se adoptaban los principios medios o reglas derivados de los mismos se llegaba a acuerdos no obstante que fueran distintas las convicciones de los participantes. Este método se contraponía a lo que se concebía como el carácter abstracto de los principios y se esforzaba por obtener, enfocando cuidadosamente el caso, una regla o máxima que pudiese ser orientadora para su evaluación. Frente a la forma deductiva del principalismo aquí se adopta un estilo inductivo y prudencial donde prima la deliberación práctica. Este modo de razonar ya ha sido emprendido en la bioética, y tiene sin duda algo que ver con el pragmatismo norteamericano, lo que importa son las decisiones y por lo tanto se trata de encontrar máximas que posibiliten la toma de decisión más racional posible, y más aceptada por todos, si no se está de acuerdo en los principios, de eso no se habla. “Sin embargo, el modo europeo de filosofar, y sobre todo el germánico, rara vez se conforma con tanta modestia y sigue buscando principios, más o menos explícitamente” (4).

Por otra parte, este procedimiento de la nueva casuística parece caracterizar el modo de actuar de los comités, en donde los resultados de las deliberaciones son provisorios y tienden más a fijar reglas para buenas decisiones que a establecer la verdad o validez de principios universales. La actividad de los comités está dirigida al análisis y resolución de casos controvertidos y no tanto a la enunciación de teorías éticas, esto se nota en que los principios que se adoptan son siempre revisables y están abiertos a discusiones ulteriores. Estamos de acuerdo con Reichlin cuando le reconoce al enfoque casuístico solidez para sustentar el carácter interdisciplinario de la bioética. “Desde este punto de vista, la valoración moral de las prácticas sociales toma lugar por medio de un proceso hermenéutico al que cada uno contribuye con sus opiniones y competencias específicas”. Es imposible definir de antemano qué principios son relevantes para el análisis del caso, por eso se prefiere aquí una perspectiva pragmática y no deductivista frente al rol excluyente de las teorías éticas en el modelo principalista.

4. ALGUNAS CONSIDERACIONES CRÍTICAS

Habíamos comenzado este artículo comprobando que en los medios públicos se caracterizaba a la bioética “como una mezcla de filosofía, derecho y política sanitaria”; hemos visto distintos significados que tiene el término bioética dentro de las

tradiciones influyentes como la norteamericana y la europea. Podríamos corroborar que esos sentidos y su diferencia pueden también apreciarse en la experiencia que hemos podido recoger en medios médicos, o no interesados en la bioética, de nuestro país. Diríamos que la gran cuestión es considerar si la bioética es o no una disciplina. Si lo fuese, algún grado de especificidad tendría que caracterizarla, un cierto método y competencia deberían serles propios. La experiencia de los comités y las comisiones de bioética muestran su innegable carácter interdisciplinario, así como el pluralismo que debería reinar en estos ámbitos revela su naturaleza interconfesional. Ambos rasgos muestran que la bioética es un cierto estilo, un compromiso crítico con la moral de la propia comunidad y una exigencia de esclarecimiento que necesariamente ha de buscar en la filosofía moral su horizonte y fundamento. Pero su ambiente no es de la teoría o el de la abstracción necesaria de la fundamentación, su dimensión es el mundo clínico de la urgencia y de la buena toma de decisiones. Los distintos modelos de bioética que hemos estado considerando se integran en un único discurso. Si la bioética tiene que decirnos algo tiene que ser coherente y por lo tanto debemos integrar esos aspectos. Pero integrar no significa disolver; cada dimensión ha de mantener su propia significación y la autonomía en su funcionamiento. Hay que evitar aquí la confrontación que surge de una visión reduccionista: la bioética no es sólo ética aplicada, ni ética clínica, ni discurso interdisciplinario. Es las tres cosas articuladas en un discurso que pretende idealmente ser exhaustivo para la realidad y para los que participan en su construcción.

Consideremos ahora la peculiaridad y jerarquización de cada una de estas dimensiones que configuran el discurso de la bioética. Cuando nos referimos a la bioética como ética aplicada, apuntamos al costado filosófico del discurso bioético. En esta dimensión se destaca sobre todo la filosofía moral y la fundamentación normativa. No hay decisión o acción humana a la que le atribuyamos un calificativo moral sin justificación de su principio normativo. En este sentido la bioética está estrechamente relacionada con la ética general y se la puede concebir como la aplicación de principios morales generales a un campo específico. De hecho, “la expresión ‘ética aplicada’ (*applied ethics*, *Anwendungsethik*) despierta de inmediato la impresión de que se trata de una disciplina que funciona *more deductivo*...”. No entraremos aquí en la problemática cuestión de la aplicación; sólo diremos que ésta no debe ser vista de un modo automático como si de un lado se dispusiese de los principios para aplicarlos en cualquier campo sin que se modifiquen. Es esta la diferencia de los principios en relación con las situaciones que le ha valido críticas al principalismo. El campo de aplicación no sólo está constituido por una dimensión tecnocientífica sino

también por relaciones humanas, visiones morales y convicciones personales; en el caso de la medicina por decisiones de vida o muerte, que no pueden dejar de modificar a los principios en su aplicación. La gran cuestión de la ética aplicada está dada por la conflictividad de los principios y por la extensión de su validez cuando se la aplica a situaciones en donde colisionan principios. En este sentido no pueden observarse los principios como indiferentes. El problema de su jerarquización es otra gran cuestión de la ética aplicada.

Desde el punto de vista del discurso bioético la función de esta dimensión de fundamentación y aplicación es dotarlo de unidad. Sin unidad no hay discurso coherente. Unidad significa articular todas las partes a una cierta visión de conjunto. La filosofía moral nos va a dar aquí el marco teórico y conceptual en donde se inscribirán las distintas soluciones que se den a las situaciones dilemáticas. La función de la filosofía moral no es dar soluciones a cuestiones puntuales sino destacar las estructuras formales de la Razón práctica y, por lo tanto, proveer un marco de validez general para las cuestiones que tienen que resolver los agentes morales y la prudencia.

Para mostrar sucintamente el aspecto de autonomía e integración de esta dimensión al todo de la bioética, destaquemos cómo se integra aquí la dimensión de interdisciplinariedad que es un rasgo general de la bioética. En la bioética como ética aplicada la interdisciplinariedad significa que es preciso familiarizarse con los términos y los conocimientos del campo de aplicación. No puede ir más allá porque lo esencial sigue siendo en esta dimensión los temas de fundamentación.

Veamos ahora la bioética como ética clínica. En esta dimensión los problemas genuinamente morales son los que tienen que ver con la buena toma de decisión en situaciones dilemáticas. Las cuestiones prácticas conciernen a temas como la deliberación moral y los procedimientos de decisión. Se trata de encontrar en situaciones de conflicto los distintos cursos de acción a tomar y cual de ellos es el mejor para la situación actual. Aquí se valora lo particular de la moral y no es por eso casual que la influencia de Aristóteles sea decisiva. Lo esencial es destacar las condiciones de aplicación y sobre todo sensibilizar a los agentes dotándolos de virtudes para que puedan obrar correctamente en los momentos de decisiones difíciles.

En el mundo bioético encontramos hoy muy buena acogida a esta dimensión, lo que

posiblemente se debe a ciertas críticas que ha recibido la racionalidad ética moderna por parte de autores comunitaristas como McIntyre o Engelhardt y la revaloración de la tradición moral de la virtud (Thomasma, Pellegrino, Drane, etc.) y del papel indelegable del médico y de su capacidad moral para tomar buenas decisiones (Ziegler; Jonsen, Toulmin). Más allá de algunas exageraciones hay que considerar fundamental esta dimensión, porque la finalidad de la bioética es la de lograr una mejor medicina, en sentido ético y humanitario, para lo que se requiere una mejor formación del médico. De aquí el papel fundamental que tome la educación; se trata de inculcarle al profesional de la salud las virtudes y hábitos que lo harán también un experto en cuestiones morales y un agente que tomará las mejores decisiones, y este aspecto es hasta tal punto importante que se puede sostener que un lugar privilegiado, y obligado, para la bioética está en las escuelas de medicina, bregando por la aparición de un médico formalmente entrenado en estas cuestiones.

Para ver cómo esta dimensión específica está integrada al discurso bioético consideremos el papel que juega la interdisciplinariedad en este ámbito. No se lo puede entender de otra manera que como la formación humanística que ha de recibir el futuro médico para alcanzar un fino discernimiento moral y para que sea formado en las buenas virtudes de la tradición hipocrática – moderadas en su autoritarismo por los ideales autonomistas modernos – que le permitirán tomar las mejores decisiones. En este esquema sin duda se privilegia al medio clínico, porque la eficacia de esta educación depende de que se integre con la formación médica y clínica. No cabe duda de que en esta área el médico tiene una competencia específica y una responsabilidad fundamental, es el autor y responsable de las decisiones biomédicas.

Finalmente tenemos la dimensión que Reichlin llama paralegal, de los comités de ética. Estos son lugares institucionales en donde se pretende que estén representados los distintos valores e intereses que se deben preservar. Pero también foros de discusión en los que se intenta evaluar riesgos y protección de derechos frente a las consecuencias de las prácticas biomédicas. Aquí priman situaciones de urgencia, ya que se deben sugerir soluciones a graves dilemas o bien formular directivas para determinadas prácticas, se impone por este motivo un peculiar estilo casuístico y una bioética de estilo procedimental que exige espíritu de tolerancia y apertura para escuchar las opiniones divergentes.

La bioética es aquí discurso interdisciplinario, constituyéndose en una especie de lógica del pluralismo. La dificultad reside en elaborar un lenguaje que sin ser de

especialista tenga la capacidad suficiente para comunicar sin deformaciones las inquietudes de cada uno para poder lograr el acuerdo consensuado de todo lo que se ha de lograr por medio de la argumentación. Como en los comités se evalúan las consecuencias posibles de las decisiones y también los resultados institucionales se ha dicho no sin razón que en ellos la bioética es biopolítica.

Es interesante destacar que este discurso será “aplicador” de la moralidad del ethos en que se encuentre. Lo será en cuanto estará legitimado por la reflexión moral y el conocimiento de ética que los agentes pongan en juego para el logro del lenguaje común. Sólo en este sentido indirecto será aplicada la normatividad, porque “la ética normativa es ‘práctica’ no porque indique lo que hay que hacer *hic et nunc*, sino porque hace ‘madurar’ la capacidad práctica del hombre, ayudándole a cobrar conciencia de su responsabilidad” y porque “no es cosa de la ética tanto solucionar casos concretos – objeto de la casuística – como diseñar los *valores, principios y procedimientos* que en los diferentes casos deberían tener en cuenta los afectados... la ética se integra con el diseño del marco de aplicación, no con la aplicación concreta...”.

Vemos que la bioética puede ser muchas cosas, y obrar por lo tanto en distintos planos. Lo importante es no mezclarlos y preservar su autonomía. Para esto hay que articular sus significaciones en una fundamental que, no cabe duda, es la de la bioética como ética aplicada. Ella está dotada de una suave significación normativa que al imponer a las otras significaciones un límite, las deja ser lo que son y evita la confusión o la reducción.

RESUMEN

A partir de una caracterización pública de la bioética como un saber que reúne distintas disciplinas se constata la ambigüedad del término y se intenta, siguiendo las sugerencias del bioético italiano Massimo Reichlin, delimitar sus significaciones mostrando la necesidad de preservar la autonomía de los distintos aspectos integrándolos, a la vez, en un discurso común. Es así que se aborda a la bioética desde tres puntos de vista: como ética aplicada, como ética clínica y como discurso interdisciplinario.

Cada uno de ellos exige diferenciar su campo y sus criterios pero, a la vez, la totalidad y la coherencia del discurso bioético exige su integración. Solamente así la

Fundamentación en Bioética: algunas cuestiones previas
bioética podrá tener la univocidad necesaria para responder a los requerimientos que la sociedad le está planteando. Creemos que esta tarea de delimitación del término ha de preceder a toda tarea de fundamentación.

REFERENCIAS

1. BEAUCHAMP T. & CHILDRESS J. *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1983.
2. CALLAHAN DANIEL: Bioethics as a Discipline, *Hastings Center Report* 1, 1973.
3. CORTINA ADELA: *Ética Mínima*, Madrid, Tecnos, 1986.
4. CORTINA ADELA: *Ética Aplicada y Democracia Radical*, Madrid, Tecnos, 1993.
5. CUYAS MANUEL: Caratteristiche e tendenze della bioetica, *Sanare Infirmos*, 5, 1987.
6. DEMARCO, JOSEPH P. y FOX RICHARD M. (eds.): *New Directions in Ethics. The Challenge of Applied Ethics*, New York, Routledge and Kegan, 1986.
7. GRACIA DIEGO: *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989.
8. GRACIA DIEGO: *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid, Eudema, 1991.
9. GUARIGLIA OSVALDO: *Moralidad. Ética Universalista y Sujeto Moral*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1996.
10. HOTTOIS GILBERT: *El Paradigma Bioético*, Anthropos, Barcelona, 1991.
11. JONSEN ALBERT & TOULMIN STEPHEN: *The Abuse of Casuistry*, University of California Press, Berkeley, 1988.
12. MALIANDI RICARDO: *Ética. Conceptos y Problemas*, Buenos Aires, Biblos, 1991.

13. MALIANDI RICARDO: *Dejar la Posmodernidad*, Buenos Aires, Almagesto, 1993.
14. MORI MAURIZIO (ed.): *Questioni di bioetica*, Editori Riuniti, Roma, 1988.
15. REICHLIN, MASSIMO: Observations on the Epistemological Status of Bioethics, *Journal of Medicine and Philosophy* 19, 1, 1994.
16. SGRECCIA, E.: *Manuale di bioetica*, Vita e Pensiero, Milano, 1988.
17. TOULMIN, STEPHEN: How Medicine saved the Life of Ethics, DeMarco y Fox, ob. cit.
18. TOULMIN, STEPHEN: The Tyranny of Principles, *Hastings Center Report*, 11: 6, 1981.



**PERSONA MORAL
Y DERECHO A LA SALUD**

MARÍA JULIA BERTOMEU
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA Y CONICET

GRACIELA VIDIELLA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES Y
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Dirección Postal: Centro de Investigaciones Filosóficas
C.I.F., Miñones 2073, (1428) Buenos Aires, Argentina

SUMMARY

The author presents the paradox concerning the real recognition of the right to health in Argentina during the 1990's, when the socio – political structure underwent a profound change. It left the model of a centralized economy behind to move into a neo – liberal system. This change stimulated the dismantling of social run by the State, which were being transferred to the private sector. The law of supply and demand controls and annuls health care priorities, the type of coverage, and the allocation of resources.

Two options confront one another in this perspective: a social policy versus more social assistance. While the first option has a universal reach aimed at the whole population, the neo – liberal system insists on favoring the second option that consists of granting health attention to the poorest, most marginal group.

The proposal contained in this text refers to the possibility of making distribution policies which emphasize the common aspects between the rich and poor in a country. This type of just distribution policy allows for the support of social policies in which all citizens have access to a quantity of goods and services that are molded into rights and obligations.

RESUMO

Na Argentina dos anos 90, o real reconhecimento do direito à atenção de saúde, apresenta uma situação paradoxal. Uma profunda mudança do marco político social está gerando a passagem do modelo de economia centralizada ao sistema neoliberal, incentivando o desmantelamento dos serviços sociais nas mãos do Estado e sua transferência à iniciativa privada. A lei da oferta e da procura controla y decide as prioridades em saúde, o tipo de cobertura e a destinação dos recursos.

Dois opções confrontam – se obrigatoriamente: uma de natureza política e social; a outra, simplesmente assistencialista. Em tanto a primeira tem uma abrangência universal, já que seu destinatário é o conjunto da população, a segunda, inspirada no modelo neoliberal, focaliza a atenção nos mais pobres e marginalizados.

A proposta das autoras especula com a possibilidade de elaborar políticas distributivas

orientadas a delimitar uma base comum a pobres e ricos de um país. Uma política distributiva desse tipo permitiria apoiar políticas sociais que tivessem o objetivo de garantir a todos os cidadãos o acesso a determinada quantidade de bens e serviços entendendo – os como direitos e deveres básicos.

En la Argentina de los últimos años se ha producido un fenómeno paradójico en relación con el efectivo reconocimiento del derecho a la atención de la salud. Paralelamente con un proceso de profundo cambio del modelo de la economía centralizada y planificada desde el Estado hacia un modelo de libre mercado – que tiene influencia también en el sector salud – se produjo una incorporación del derecho a la atención de la salud en el texto de la Reforma constitucional del año 1994, tanto a nivel general como mediante la invocación a la salud en el contexto de un derecho protegido (1). Hablamos de un fenómeno paradójico en el siguiente sentido: dentro del marco político – económico general imperante en los 90 en Argentina, pueden destacarse fenómenos tales como la descentralización de funciones y servicios del Estado, la apertura hacia mercados mundiales para lograr mayor eficiencia y competitividad, la disminución del gasto público, el incremento de impuestos para generar superávit y la venta del patrimonio estatal, todo aquello apuntando a frenar la inflación. En relación con los servicios sociales se generaron algunas recomendaciones de carácter general, tales como la descentralización y privatización de los servicios, y la focalización de las acciones para responder a necesidades críticas de los sectores más desprotegidos de la sociedad (2). A esto deberíamos agregar la instauración del mercado como óptimo regulador de la vida económica y responsable de la asignación de recursos, en reemplazo de un estado políticamente comprometido con la redistribución. El modelo neoliberal promueve el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del estado y su traspaso a la actividad privada. La ley de oferta y demanda definirá sobre las prioridades en salud y el tipo de cobertura. Como ya ha ocurrido en épocas anteriores en la Argentina, el sector público con recursos claramente disminuidos deberá hacer frente a una demanda incrementada por las transformaciones del aparato productivo y por la crisis de la seguridad social.

Como recomendaciones generales para los servicios sociales y especialmente para el sector salud, se habla de *descentralización* – concebida como modo de aumentar la eficiencia y la eficacia del gasto - , *focalización*, esto es, dirigir el gasto a programas y a personas específicas seleccionadas por mayor necesidad y urgencia, y

privatización, entendida como desvío de producción de bienes y servicios públicos al sector privado lucrativo, a fin de aliviar la crisis fiscal.

En relación con temas de distribución de recursos esto implica un cambio desde una tradición universalista que concibe a los derechos de los ciudadanos a la educación, la salud, la vivienda y la previsión social, garantizados principalmente por el Estado como proveedor, hacia principios de selectividad y focalización de las asociaciones públicas sobre los segmentos más necesitados de la población; a la ruptura con los compromisos de gratitud e incluso a la privatización de los servicios destinados a los sectores más carenciados (3, 4). En relación con la atención de la salud, todas estas medidas tienen grandes posibilidades de transformarse en una especie de neobeneficencia por parte del estado, en detrimento del reconocimiento de derechos universales e igualitarios.

Una consideración aparte merecería el análisis del concepto de “mercado competitivo” aplicado al sector salud. Como la literatura bioética internacional lo ha mostrado, la excelencia y la competitividad son categorías difícilmente trasladables al ámbito de la atención de la salud, dadas las especiales características de este sector tales como la naturaleza de la demanda (irregular e impredecible), el comportamiento esperado de los que venden los servicios (se supone que los médicos deben velar más por el bienestar del paciente que por la comercialización de sus servicios), la naturaleza del consumidor (un paciente que no conoce sus verdaderas necesidades, y un médico que es el verdadero demandante y muchas veces quien provee la oferta) (5, 6).

Ahora bien, lo paradójico consiste en la simultaneidad entre este proceso de alejamiento real del Estado en el reconocimiento de derechos universales a la atención de la salud y la incorporación de tal derecho al texto de la reforma de la Constitución Argentina de 1994. En la Constitución de 1853 no figuraba el derecho a la atención de la salud de modo expreso, y ello estaba relacionado, entre otras cosas, con la creencia en el carácter individual y no social de la atención de la salud. A medida que se produjo un lento reconocimiento del derecho a la salud como un derecho social, se tendió a interpretar su reconocimiento jurídico vía art. 33 de la Constitución Nacional, entendido como un derecho constitucional no enumerado y derivable del derecho a la vida (7).

En la reforma constitucional de 1994 se produjo un avance importante en su recono-

cimiento, tanto por la vía de otorgar jerarquía constitucional a Declaraciones y Pactos internacionales, como por la introducción de nuevos derechos y garantías en el artículo 42 y bajo la rúbrica general de calidad de vida: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de la salud, seguridad e intereses económicos, a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato digno y equitativo”.

Al mismo tiempo, la incorporación de los Tratados antes mencionados produjo cambios significativos tales como:

“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.

“Los Estados partes reconocen en el presente pacto el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (8).

De los textos que hemos citado emana una contradicción clara entre lo que ocurre en el ámbito de los hechos y aquello que se declara en el nivel normativo acerca de la existencia de un derecho universal a la atención de la salud. Ahora bien, no creemos que la solución sea abandonar el lenguaje de los derechos por considerarlo utópico o irrealizable en el marco de las políticas neoliberales. Por el contrario, nuestro propósito en este trabajo consiste en elaborar argumentos filosóficos para defender un derecho universal e igualitario a la atención de la salud, que al mismo tiempo

implique claras obligaciones por parte del Estado.

1. EL DERECHO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

El derecho a la asistencia sanitaria forma parte del conjunto de derechos de segunda generación (económicos, sociales y culturales), complementario de la tradicional nómina de derechos civiles y políticos (tales como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona). Es incorporado a varios documentos de legislación internacional en el período de esplendor económico posterior a la finalización de la Segunda Guerra Mundial. Es la época del apogeo del estado de bienestar, basado en el modelo económico keynesiano, cuya principal característica radica en promover la redistribución de ciertos bienes básicos, destinada a paliar, en parte, las distribuciones del poder y la riqueza producidas en el juego del mercado. A tal fin se otorgan recursos a ciertas instituciones vinculadas con las necesidades elementales de los ciudadanos: salud, educación, seguridad social, vivienda, nutrición. Por intermedio de éstas, el estado toma a su cargo la planificación y administración de políticas sociales, que tienen como destinatario al conjunto de la población.

El derecho a la salud constituye un caso paradigmático respecto a ciertas dificultades relacionadas con el efectivo reconocimiento de derechos. Según la opinión más difundida, comparte con la totalidad de los derechos económicos o sociales su carácter de derecho positivo, a diferencia de los derechos civiles y políticos considerados meramente negativos, en tanto su cumplimiento sólo exige que algo no sea hecho contra nosotros (tenemos derecho a no ser dañados en nuestra integridad, a no ser coartados en nuestra libertad de expresión, etc.). Los derechos positivos, en cambio, demandan que un tercero realice acciones y no meramente se abstenga de actuar. Ahora bien, todo derecho tiene como correlato una obligación. Respecto de los negativos el carácter de la obligación aparece claramente delimitado: mi derecho a la libertad de expresión exige la omisión de una acción por parte de terceros. No ocurre lo mismo con los derechos positivos: ¿cuál es exactamente el deber que entraña el derecho al trabajo o a un nivel de vida adecuado? A diferencia de los derechos negativos, los positivos reclaman para su cumplimiento una disponibilidad de recursos y una voluntad de realización que buena parte de los estados no está en condiciones de garantizar. Esto se torna particularmente notorio con el derecho a la salud.

El desarrollo de la tecnología médica ha incrementado los gastos al punto de volver-

los virtualmente ilimitados. Aún en los países más ricos, el presupuesto sanitario constituye un problema de considerable incidencia económica; si el estado estuviera obligado a garantizar a todos los individuos el goce del más alto grado de salud que se pueda lograr, tal como lo prescribe la Declaración de Principios de la OMS, esto podría significar el colapso de la economía.

El concepto de derecho a la salud posee relevancia teórica y empírica considerables, ya que se halla conectado con los problemas nucleares de la justicia distributiva sanitaria. Se trata de una noción compleja y difícil de determinar en tanto requiere de especificaciones de diversa índole: qué debe entenderse por necesidades en salud, qué criterios emplear para definir prioridades, cuál es el peso que habría que asignar a la salud en relación a otros bienes básicos, etc.

Este tipo de dificultades ha llevado a autores de distinta filiación a negar la existencia de un derecho a la asistencia sanitaria. Tal es el caso del influyente bioeticista liberal Tristan Engelhardt (9) quien refuta dicho concepto con el siguiente argumento: como los derechos implican un reclamo legítimo hacia terceros, pertenecen a la esfera de la justicia, de manera que la admisión de un derecho a la atención de la salud conduce a juzgar la enfermedad como una injusticia. Ahora bien, esta afirmación es producto de desconocer el papel que juega el azar en nuestras vidas. Muchas de las desigualdades entre los hombres son el resultado de las loterías natural y social. Ambas crean diferencias sin crear obligaciones por parte de terceros. La enfermedad es resultado de la lotería natural: el nacer con una malformación congénita o verse privado de salud durante un período de la vida es un hecho infortunado, pero no injusto; de modo similar, hay gente que es rica o pobre como resultado de la lotería social, sea porque ha tenido mala suerte o porque ha carecido del talento o del interés necesarios para llevar a cabo las empresas u asociaciones encaminadas al éxito, pero no a causa de acciones u omisiones de terceros. En estas ocasiones no puede hablarse con propiedad de justicia o injusticia, sino de buena o mala fortuna. El único derecho a la salud que puede admitirse, es el derecho negativo que tiene toda persona a no ser dañada en su integridad física.

Aunque Engelhardt admite que es dificultoso trazar la línea demarcatoria entre lo injusto y lo infortunado, considera que éste es el único criterio válido para aceptar reclamos legítimos en materia de salud, si no se quiere convertir las necesidades de los individuos en demandas hacia terceros. Suponer que las necesidades crean derechos implica una violación a la autonomía de la persona, núcleo irreductible de

la tradición liberal, porque ello permitiría legitimar medidas coactivas por parte del estado hacia la propiedad o la libertad (en forma de impuestos obligatorios para sustentar un sistema de salud pública, o de leyes laborales que regulasen los servicios médicos y paramédicos, etc.).

También Allen Buchanan (10) – ubicado en el marxismo analítico – prefiere negar a la atención de la salud el status de un derecho, ya que el concepto de derecho es una condición moral “fuerte” que implica un reclamo legítimo exigible en justicia. Ahora bien, dada la heterogeneidad de las demandas sanitarias y lo costoso que resulta satisfacer algunas de ellas, dicho concepto resulta inadecuado para aplicarlo al cuidado de la salud. Buchanan propone reemplazarlo por la idea de beneficencia, a la que apela para defender un “decent minimum” adecuado a la atención de la salud, aunque de carácter obligatorio y coordinado por el estado. Esta idea de “decent minimum” resulta atractiva, piensa el autor, porque evita afirmar un derecho igualitario en sentido fuerte, siempre y cuando la entendamos en términos de obligación social. Si la afirmáramos como un derecho, sería necesario especificar su contenido y determinar su peso en relación a otros bienes tan importantes como la salud, cosa muy problemática. La noción de beneficencia, en cambio, es moralmente más débil y satisface mejor la idea intuitiva de un “decent minimum”, que refleja la existencia de una especie de deber social de proveer a todos un cierto nivel de asistencia sanitaria, necesario para llevar una vida dentro de los límites considerados “tolerables”.

Según nuestro entender, esta posición entraña consecuencias injustas. La tesis del “decent minimum” está construida en base a la idea de proporcionar un nivel adecuado de salud que permita llevar una “vida tolerable”. Ahora bien, la salud no es un bien divisible, no es posible distinguir entre salud básica y otra superior; las necesidades sanitarias suelen ser perentorias y no admiten niveles. La perspectiva de Engelhardt es aún menos defendible. Su negativa a admitir un derecho a la salud en tanto conduciría a legitimar acciones coactivas lesionando las libertades individuales, conlleva implicancias éticamente inaceptables ya que, en aras de preservar la autonomía de algunos, se condena a otros a la indefensión más absoluta.

No se necesitan argumentos demasiado refinados para admitir que existen ciertas necesidades básicas cuya satisfacción es la condición necesaria para el ejercicio de nuestra condición de personas autónomas. A nuestro criterio, la satisfacción de tales necesidades cae bajo la esfera de la justicia, y por tanto, resulta inadecuado

resignar el lenguaje de los derechos para abordarlas. Bien mirada, la rígida distinción entre derechos negativos y positivos, en la que descansa buena parte de las discusiones en torno al status, no se sostiene. Casi todos los derechos tienen un componente positivo y uno negativo; el derecho a la vida, por ejemplo, no se satisface sólo por verse libre de acciones de terceros que puedan ocasionar la muerte o lesiones, sino también si se cuenta con una vivienda digna, atención de la salud, adecuadas condiciones laborales, descanso, medio ambiente sano, etc. Del mismo modo, el derecho a la libre expresión no pasa de ser una mera formalidad si el depositario del mismo no tiene garantizado un acceso real a los medios de comunicación, un nivel de educación aceptable, etc. (11). En lo que sigue emprenderemos una vía alternativa para enfocar los derechos.

2. PERSONA MORAL Y CAPACIDADES BÁSICAS

En el apartado anterior habíamos hecho referencia a la conexión intrínseca entre ciertos derechos básicos y la noción de persona moral autónoma. Fue Kant quien con mayor hondura estableció al sujeto autónomo – esto es, al sujeto capaz de autodeterminarse por su sola racionalidad práctica – como el núcleo irreductible de la moralidad. Las éticas contemporáneas de filiación kantiana se han echo eco de este legado. Así por ejemplo Osvaldo Guariglia (12) en un trabajo titulado “El concepto normativo de persona y los requisitos mínimos de justicia distributiva en una sociedad democrática”, remite a la noción de persona explicitada por Kant como elemento necesario para fundamentar derechos inalienables, garantizados por principios imparciales y universales de justicia. También Rawls, en su versión constructivista de la justicia como equidad (13) conecta sus principios de justicia con una idea de persona moral que pretende reflejar los rasgos sobresalientes del sujeto kantiano. Los dos principios destinados a regular las instituciones básicas de una sociedad justa están fundamentalmente destinados a favorecer las condiciones necesarias para que los ciudadanos puedan desarrollarse como personas morales plenamente autónomas. La autonomía plena es la noción que Rawls propone para dar cuenta de los dos aspectos definitorios de la personalidad moral – entendida esencialmente como razón práctica – la capacidad de proponerse fines y la poseer un sentido de justicia. Un agente moral plenamente autónomo es aquél que ejerce libremente su capacidad racional de perseguir sus propios proyectos bajo la única restricción impuesta por su capacidad razonable de atenerse a normas públicas de justicia acordadas por todos.

Esta vinculación entre persona moral y la noción de capacidad resulta promisoria para proporcionar una justificación de derechos que supere la rígida distinción entre derechos negativos y positivos. En lo que sigue, nos propondremos profundizar en esta dirección para elaborar un marco normativo adecuado para fundamentar ciertos derechos básicos entre los que se encuentra el de la salud.

El filósofo y economista Amartya Sen (14) ha venido desarrollando una teoría de las capacidades y funcionamientos del sujeto con el objetivo principal de diseñar criterios distributivos aplicables en diferentes contextos y, en especial, para enfocar los problemas del hambre en el mundo. Una de las características interesantes de la propuesta reside en la posibilidad de repensar el desarrollo económico en términos de expansión de capacidades, en lugar de focalizarlo en bienes, servicios o utilidades. Lo que permite medir el grado de justicia existente en una sociedad – piensa Sen – no es la posesión de bienes ni tampoco la satisfacción de ciertas necesidades, sino el grado de desarrollo de las capacidades de funcionar conquistado por los individuos. Hay quienes tienen la posibilidad de lograr un alto despliegue de sus propias capacidades, mientras que otros ni siquiera alcanzan las mínimas, como la de alimentarse o vestirse. A diferencia de los bienes, que no dan cuenta del sujeto como agente activo, las capacidades se conectan con la libertad positiva en tanto permiten conocer las oportunidades reales que tienen las personas de llevar a cabo sus proyectos. Cuantas más capacidades desarrollo alguien, más posibilidades tendrá de conquistar una libertad genuina, o, en términos de Rawls, en devenir una persona plenamente autónoma. Pensar en capacidades permite evaluar y dar a conocer en qué radican las falencias de quienes no logran alcanzar cierto piso social.

Esta teoría no parece promisoria en tanto puede ayudar a pensar cuáles son las capacidades indispensables que los individuos necesitan desplegar para lograr el ejercicio de la autonomía. Dichas capacidades podrían dar lugar a reclamos de las personas hacia el conjunto de la sociedad, engendrando derechos con sus respectivas obligaciones por parte del estado.

Retomando una idea de Martha Nussbaum (15) hemos elaborado una lista de capacidades de funcionar asociadas al concepto de persona moral que, conectada a principios universales de justicia al estilo de los Rawls, permitiría fundamentar derechos básicos. Dicho marco normativo podría servir, asimismo, para determinar criterios evaluativos en distintos contextos de aplicación.

La lista es la siguiente:

- 1) Ser capaz de estar libre de enfermedades evitables.
- 2) Ser capaz de estar bien nutrido.
- 3) Ser capaz de poseer una vivienda digna.
- 4) Ser capaz de usar los cinco sentidos o de compensar su ausencia.
- 5) Ser capaz de imaginar, pensar, razonar, tener emociones y expresarlas.
- 6) Ser capaz de interactuar con otros y establecer vínculos afectivos.
- 7) Ser capaz de poseer una concepción propia de la buena vida, perseguirla y alcanzarla.
- 8) Ser capaz de reconocer normas intersubjetivas.
- 9) Ser capaz de educarse y de estar informado en su propio contexto.

El índice es amplio y, por lo tanto, vago, pero ello no puede evitarse, ya que su objetivo es identificar, de manera genérica, aquellas capacidades que se corresponden con los funcionamientos mínimos requeridos por el concepto de persona moral. La idea es que pueda recibir ulteriores especificaciones cuando se la aplique a contextos particulares, con el propósito de determinar cuáles son los modos más eficaces para ayudar a los individuos a desarrollar sus capacidades. Por ejemplo, la capacidad de estar libre de enfermedades evitables varía de individuo a individuo y también está influida por las connotaciones específicas del hábitat: en una región agraria, puede tener una vinculación importante con la capacidad de no estar afectado por el mal de Chagas, o por el mal de los rastrojos; en un medio urbano, por la de verse libre de enfermedades cardiovasculares, de estrés, de determinadas enfermedades infectocontagiosas. De modo similar, la capacidad de educarse puede diferir notablemente de una sociedad a otra, de manera que las medidas idóneas para capacitar a los individuos en un contexto quizá resulten inadecuadas en otros.

Es importante tener en cuenta que las capacidades que integran el catálogo son, aunque en diferentes grados, mutuamente dependientes: la capacidad de reconocer normas intersubjetivas se vincula con la de imaginar y pensar, con la de poseer una concepción del bien, con la de educarse; la capacidad de estar libre de enfermedades evitables está estrechamente conectada con la de nutrirse y con la de poseer una vivienda adecuada, pero también, por ejemplo, con la de educarse e informarse, ya que uno de los requisitos de la salud es conocer la previsión de las enfermedades.

3. PERSONA MORAL Y DERECHO A LA SALUD

Con el objetivo de defender un derecho igualitario al cuidado de la salud, algunos autores se han esforzado por mostrar que la salud es un bien especial. Así lo hace Ronald Green (16) por ejemplo, quien propone considerarlo casi tan importante como las libertades políticas, o Norman Daniels (17) quien infiere la importancia peculiar del cuidado de la salud al relacionar los efectos de la enfermedad con la libre igualdad de oportunidades de las que gozan los ciudadanos de una sociedad justa. El problema de este tipo de estrategias reside en que no consiguen dar cuenta de un aspecto que frecuentemente presentan las necesidades sanitarias: su conexión directa con otros bienes que no pueden reducirse al ámbito de instituciones de salud, tales como un medio ambiente no contaminado en exceso, condiciones dignas de trabajo y de vivienda, etc. Por nuestra parte, creemos que la salud, con ser un bien muy importante, no lo es más que otros bienes a los que también podemos considerar básicos en función del índice de capacidades presentado.

Para defender este punto de vista, comenzaremos por confrontar tres conocidas concepciones rivales de salud. La primera a la que haremos referencia es la concepción biologicista o unicausal que privilegia los componentes somáticos en las causas de las enfermedades. Según esta concepción, la enfermedad es un fracaso del organismo en la lucha con otras fuerzas originadas en él mismo o en su ambiente externo. En tanto se caracteriza por una marcada tendencia a la especialización, producto de la incorporación de los avances tecnológicos, requiere, para perpetuarse, de una sociedad cada vez más medicalizada.

A esta concepción exclusivamente somática de la enfermedad se opone la definición de la salud que incluye la OMS en su Carta Magna: "La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Si bien en su momento constituyó un aporte innovador que contribuyó a desplazar la teoría unicausal, es pausable de críticas. En efecto, la equiparación de la salud al bienestar, inspirada en un punto de vista utilitarista, traslada a ésta las dificultades clásicas para determinar qué debe entenderse por bienestar; además, la salud aparece como una suerte de un fin último que merece ser perseguido por sí mismo con exclusividad. Por otra parte, se trata de un concepto demasiado ambicioso de salud que obligaría a considerar enfermos a todos aquellos que

no logaran ese estado de “completo bienestar”.

Más apropiada nos parece la teoría multicausal, que propone considerar la salud – enfermedad como un proceso resultante de la integración de cuatro vectores: “la población con sus elementos biológicos, el medio ambiente en todos sus aspectos (intra – extrauterino, físico, químico, socioeconómico, etc.), el comportamiento humano individual y social, y los servicios de salud” (18). Nótese que a pesar de sus diferencias, ambas definiciones ponen de relieve la incidencia en las condiciones sanitarias de las personas de los factores sociales y psíquicos además de los somáticos. La salud no puede aislarse de la educación, el medio ambiente, las condiciones socioeconómicas y laborales, los hábitos de vida, la alimentación. En las poblaciones carenciadas de Latinoamérica se concentran enfermedades infectocontagiosas, broncopulmonares, digestivas y parasitarias, es decir, enfermedades denominadas “sociales”, muchas de ellas vinculadas a problemas de saneamiento ambiental (inadecuada provisión de agua potable, no tratamiento de aguas servidas, ineficaz o nula recolección de residuos), y al hacinamiento en las viviendas, a deficiencias nutricionales y educativas.

Estas consideraciones nos hacen poner en duda la convivencia de abordar la salud como si se tratara de un bien especial, claramente diferenciable de otro, tesis que contribuye a favorecer la perpetuación del modelo médico basado en la búsqueda de la eficiencia terapéutica como objetivo principal, cuya ineficacia es puesta de manifiesto por numerosos expertos.

El enfoque multicausal brinda apoyo a nuestra opinión de pensar la salud en términos de las capacidades básicas de funcionar. También permite argumentar a favor de una consideración integral de las necesidades vinculadas con el despliegue de las capacidades básicas que integran el catálogo. No sólo la salud, sino también la educación, la nutrición, el acceso a la información, son importantes para otorgar capacidades a los individuos y justifican derechos en tanto constituyen la condición necesaria para favorecer el desarrollo de la autonomía.

Una vez explicitada esta cuestión, pasemos a considerar qué sistema de salud y qué tipo de atención debería prestar un estado que se inspirase en el marco normativo propuesto. La idea de persona que hemos presentado se vincula intrínsecamente a cuatro principios universales de justicia: la universalidad, la igualdad, la equidad y la solidaridad. Los mismos sostienen la defensa de un derecho igualitario y universal a

la atención de la salud, que origina obligaciones por parte del estado hacia todos sus miembros.

En atención a la universalidad, los depositarios de tal derecho deberán ser todos los miembros de la sociedad. Si tomamos seriamente la idea de que la salud es uno de los derechos conectados con las capacidades básicas requeridas para el desarrollo de la personalidad moral, debemos admitir que es un derecho que alcanza a todos. Esta visión es contraria a la idea de un estado de bienestar entendido como un instrumento para proveer ayuda a los pobres, como es el caso, por ejemplo, de los programas *Medicare* y *Medicaid* en los EE.UU. La universalidad en el acceso a la atención de la salud debe ser considerada bajo una doble perspectiva: la no discriminación en tanto nadie debe resultar segregado por razones económicas, sexuales, edad, tipos de enfermedad, etc. Todas las personas, por su sola condición de tales, tienen derecho a que sus demandas legítimas sean atendidas según las posibilidades y medios socialmente disponibles para ello. El inevitable racionamiento originado por la escasez de los recursos y el aumento de los costos debe ser efectuado en atención a criterios que tengan en cuenta la equidad, y tienen que ser públicamente discutidos en procedimientos democráticos sujetos a ciertas restricciones regulativas. La otra perspectiva de la universalidad implica que el sistema no debe estar orientado exclusivamente a grupos carenciados. Esto marca la diferencia entre considerar la salud como un derecho o considerarla como un acto de beneficencia ejercida por ciertos sectores privilegiados hacia los más pobres. En una sociedad democrática la salud es un bien colectivo tanto como individual, de manera que sólo un sistema diseñado sobre bases universalistas puede favorecer el compromiso de los ciudadanos hacia lo público.

El principio de igualdad deberá juzgarse de acuerdo con el criterio de remover todos aquellos obstáculos que malogran la capacidad de estar libre de enfermedades evitables, aunque ello implique que ciertos individuos requerirán muchos más recursos que otros. En virtud de eso, deberá ofrecerse una atención de carácter integral y no limitarse a atención básica. La salud no es un bien divisible y por ello no puede establecerse un nivel mínimo aceptable, no existe una salud básica y otra superior, como ocurre con la vivienda. Una vivienda modesta no es incapacitante, una atención de salud insuficiente, lo es.

La elaboración de un sistema de salud también debe estar guiada por los principios de solidaridad y equidad. Una de las características de una sociedad justa es la

distribución equitativa tanto de los beneficios como de las cargas sociales. Esto implica que quienes han resultado favorecidos por las contingencias originadas por el azar natural o social, no tienen un derecho absoluto al usufructo personal de tales favores y, por el contrario, deben contribuir a beneficiar a quienes están en situación menos favorecida. A fin de que la institución sanitaria refleje los principios de solidaridad y equidad, sus beneficios y costos deben estar repartidos entre todos. Para que la distribución de la carga sea equitativa, el criterio consistirá en que contribuyan más quienes más tienen, a través de impuestos a las ganancias, rentas o consumo, o de los aportes patronales a la seguridad social. El neoliberalismo sustenta este punto de vista.

CONCLUSIONES

Según sostienen algunos autores (19) uno de los aspectos que permite diferenciar una política social de la mera asistencia social es que la primera se propone un alcance universalista, cuyo destinatario es el conjunto de la población, la segunda, en cambio, focaliza la atención en los sectores más pobres y marginados, es decir, en quienes resultan excluidos del juego del mercado. El neoliberalismo sustenta este punto de vista. Hemos intentado esbozar una propuesta que es incompatible con dicha posición. Creemos que las políticas sociales focalizadas en los pobres son discriminatorias. En su lugar proponemos elaborar políticas distributivas tendientes a enfatizar los aspectos comunes entre los ciudadanos pobres y ricos de una nación. Una teoría universalista de justicia distributiva debe ofrecer argumentos para apoyar políticas sociales, que permitan el acceso de todos los ciudadanos a un número de bienes que se plasman en derechos y obligaciones, tales como sistemas nacionales de atención de la salud, o programas educativos que tiendan a incrementar el acceso en lugar de limitarlo. Tanto en este trabajo como en anteriores nos hemos propuesto reivindicar una tradición filosófica, heredera de Kant, preocupada de dar sustento normativo a un marco institucional auténticamente democrático que garantice al individuo ciertos derechos fundamentales que logren el reconocimiento de su dignidad en cuanto personas. El derecho a la atención de la salud es uno de ellos.

RESUMEN

En la Argentina de los 90 se presenta un fenómeno paradójico respecto al real reconocimiento del derecho a la atención de salud. El marco político social registra un cambio profundo del modelo de economía centralizada hacia un sistema neoliberal, que estimula el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado y su traspaso a la actividad privada. La ley de oferta y demanda controla y dirige las prioridades en salud, el tipo de cobertura y la asignación de recursos.

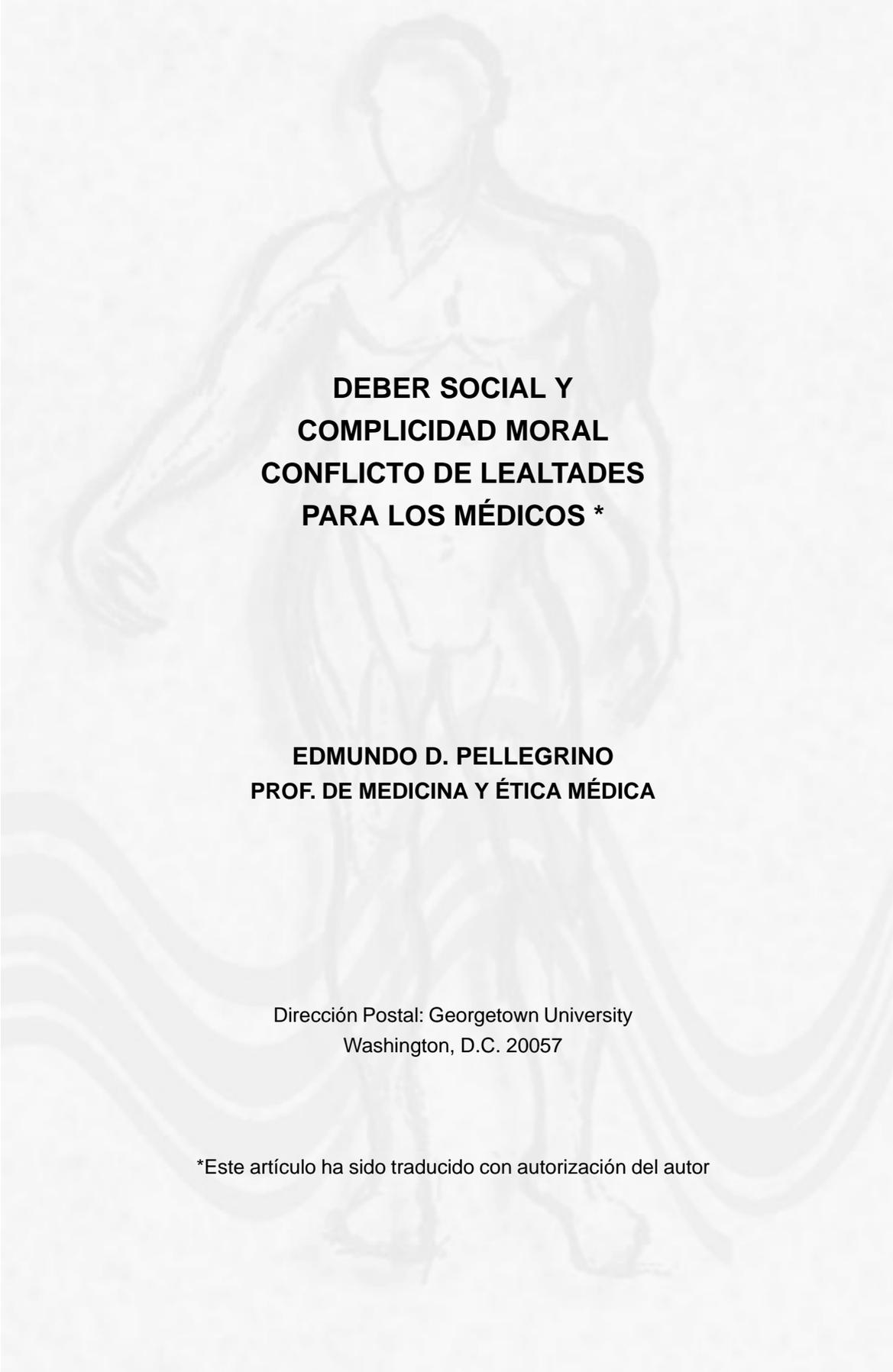
En esa perspectiva se enfrentan necesariamente dos opciones. Una política social o la mera asistencia social. Mientras que la primera tiene un alcance universalista, cuyo destinatario es el conjunto de la población, el sistema neoliberal privilegia, en cambio la segunda, que consiste en otorgar atención a aquellos más pobres y marginados.

La propuesta contenida en el presente texto se refiere a la posibilidad de elaborar políticas distributivas tendientes a enfatizar los aspectos comunes entre los pobres y ricos de un país. Este tipo de política de justicia distributiva permite apoyar las políticas sociales que logran el acceso de todos los ciudadanos a una cantidad de bienes que se plasman en derechos y obligaciones.

REFERENCIAS

1. Constitución de la Nación Argentina. Texto según la reforma de 1994, Art. 42. Ordenado y compilado por Guillermo Guevara Lynch. *Buenos Aires, Edigraf, 1994.*
2. NERI, A. Sur, penuria y después. *Buenos Aires, Emecá, 1995.*
3. BERTOMEU, M.J. Y VIDIELLA, G. "Asistir o capacitar. En defensa de un derecho a la salud". *Perspectivas bioéticas de las Américas, Vol. 1, N° 1, 1996.*
4. DRANE, S. "Políticas sociales y neoliberalismo". *Desarrollo Económico, Vol. XXIV, 134, 1994.*
5. RODRÍGUEZ DEL POZO, P. "Bioética y asignación de recursos en salud". *Cuadernos del Programa Regional de Bioética, OPS/OMS, Vol. 1, N° 1, septiembre, 1995.*
6. "Uncertainly and the welfare economics of medical care". *The American Economics Review, Vol. 52, N° 5, 1963.*
7. BIDART CAMPOS, G. (Eds. H. Fuenzalida Puelma, H. Scholle Connor). *The right to Health in the Americas, Washington, D.C., PAHO, 1989.*
8. Declaración americana de los deberes y derechos del hombre, art. 11; Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 22 y 25; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, et. 12, respectivamente.
9. ENGELHARDT, T. *The foundations of bioethics, New York, Oxford U. Press, 1986.*
10. BUCHANAN, A. "The right to a decent minimum of health care" en *Philosophy and Public Affaires, Vol. XIII, 1984.*
11. RABOSSO, E. "El fenómeno de los derechos humanos y la posibilidad de un nuevo paradigma teórico" en D. Sobrevilla (Ed.) *"El derecho, la política y la ética"*, México, Siglo XXI, 1991 y C.S. Nino: *Ética y derechos humanos, Buenos Aires, Paidós, 1984.*

12. GUARIGLIA, M.J. BERTOMEU Y VIDIELLA, G. Democracia y estado de bienestar, Bs. As. *Centro Editor de América Latina*, 1993.
13. RAWLS, J. "Kantian constructivism in moral theory" en *Journal of Philosophy*, 77, 1980.
14. SEN, A. "Well – being, agency and freedom" en *Journal of Philosophy*, 82, 1985.
15. NUSSBAUM, M. "Human functioning and Social justice" en *Political Theory*, Vol. 20, Nº 2, 1992.
16. GREEN, R. "Health care and a justice in contract theory perspective" en R. Veatch and R. Branson (ed.) *Ethics and Health Policy*, Cambridge, Cambridge UP, 1985.
17. DANIELS N. *Care*, Cambridge, Cambridge UP, 1985.
18. QUEVEDO E. HERNÁNDEZ MIRANDA Y MARIÑO C. La salud en Colombia. *Análisis socio – histórico*. Bogotá. *Ministerio de Salud*, 1990.
19. LUMI, S., GOLDBERT. L y TENTI FANFANI, E. La mano izquierda del Estado, Buenos Aires, *CIEPP Ed. Miño y Dávila*, 1992.



**DEBER SOCIAL Y
COMPLICIDAD MORAL
CONFLICTO DE LEALTADES
PARA LOS MÉDICOS ***

**EDMUNDO D. PELLEGRINO
PROF. DE MEDICINA Y ÉTICA MÉDICA**

Dirección Postal: Georgetown University
Washington, D.C. 20057

*Este artículo ha sido traducido con autorización del autor

SUMMARY

The complexity of human relations in the modern world often makes it difficult to avoid the conflict between professional duty and the interests, dignity, or rights of others. In medicine, this situation is particularly special as it relates to the very essence of the profession: its committed to the well – being of the patient. Examples of these dilemmas are found in the obligations of military doctors, as well as those treating the mentally disabled and prisoners condemned to jail. In these areas of practice, difficult conflicts arise between the interest of the patient and those of society at large. Another complex situation is found in the system of “managed care”, where the doctor must protect the economic interests of institutions while, at the same time, responding to the needs of patients. The professional, therefore, is forced to act as a double agent to avoid complicity in actions contrary to medical ethics. A certain moral distance needs to be established that allows doctors to decide which procedures must be done, which must never be done, and which must only be done with utmost care under strict conditions. This will lead to respect for the moral integrity of the profession and that of each individual doctor.

RESUMO

Dada a complexidade de que se revestem as relações humanas no mundo moderno, as vezes, é difícil evitar o conflito entre o dever profissional e os interesses, dignidade e direito dos outros.

Em Medicina essa situação tem características especiais, pois o que nesse conflito está comprometida é a essência mesma da profissão: seu compromisso com o bem (estar) do paciente. Alguns exemplos desse problema são: as obrigações dos médicos militares, a atenção a deficientes (minusválidos) mentales e aos condenados pela justiça. Em todos esses casos apresentam – se difíceis conflitos entre os interesses do paciente e os da sociedade. Os sistemas de “managed care” onde o médico deve proteger os interesses econômicos das instituições e, ao mesmo tempo, responder às necessidades do paciente, apresenta outra complexa situação. Neste caso, o profissional deve desenvolver – se em duas funções, evitando ser cúmplice em ações contrárias à ética medica.

Estabelecer a distância moral que permira aos médicos decidir sobre o que deve ser

feito, o que nunca deve ser feito, e o que deve ser feito com cautela e sob estritas condições, é urgente. Só assim será possível respeitar a integridade moral da profissão e de cada profissional.

INTRODUCCIÓN

A menudo, en la compleja telaraña de las relaciones humanas que caracteriza el mundo actual, formar parte de una complicidad para cometer actos incorrectos es a veces difícil de evitar. Esto ocurre cuando en la búsqueda para realizar un deber se entra en conflicto o se frustra la realización del mismo. Luego, en forma consciente o inconsciente nos hacemos cómplices de un acto incorrecto. La evaluación de la responsabilidad moral de nuestra complicidad se transforma en una de las situaciones más complejas y profundas de la vida moral. Este es un tema analizado constantemente por moralistas tanto del pasado como del presente (1, 8).

La complicidad moral en la ética de la medicina presenta características especiales. En general, el conocimiento del médico y su capacidad se enfocan primordialmente en la primacía del bien de la persona que atienden. Sin embargo, también se requiere de experiencia médica para facilitar el logro de algunas metas sociales, como en el caso de la atención a personal militar o discapacitados mentales, consultas de expertos tanto en tribunales de justicia, cuerpos ejecutivo y legislativo y en la cooperación para la implementación de políticas públicas (por ejemplo, reducción de costos en el sector de la salud).

En estas circunstancias, los médicos se enfrentan a una posición de lealtad dividida. Como ciudadanos o como agentes de una institución, se requiere de ellos el cumplimiento de algunos roles legales o socialmente legitimados. Como médicos, están simultáneamente comprometidos con la ética del cuidado del paciente y con la responsabilidad que les cabe ante todos los deberes sociales de la medicina. En estas situaciones, el uso del conocimiento médico e incluso el cuidado del paciente, pueden estar ligados a un acto inmoral. En este documento, analizaré este territorio moral.

Para realizar este análisis, examinaré primero la naturaleza y el rango de complicidad moral directamente ligado al trabajo que realizan los médicos. Luego, revisaré las características especiales bajo la práctica médica institucionalizada que crea el contexto de cooperación en la realización de actos incorrectos. A continuación, analizaré la “distancia moral” entre el cuidado del paciente, o el uso del conocimiento

médico y la facilidad con que se pueden realizar actos incorrectos tanto en la práctica institucionalizada como en la no institucionalizada. Como conclusión haré un resumen en respuesta a la interrogante que considera la integridad e independencia de la ética médica.

Al avanzar, espero poder examinar algunas de las interrogantes consideradas en este ensayo: ¿Qué caracteriza la complicidad moral médica? ¿Cuáles son sus dimensiones especiales en la medicina militar, forense y penal? ¿Es acaso posible evaluar distintos niveles de complicidad moral y distinguir la cooperación lícita de la ilícita? ¿Es acaso el médico que practica a nivel institucional, primordialmente un agente del paciente o de la institución? ¿Cuál es la responsabilidad del médico cuando la cooperación con políticas institucionales o públicas causa daño al paciente? ¿Es esencial contar con un cierto grado de independencia en ética médica para evitar presiones que puedan comprometer la salud del paciente y para proteger los derechos humanos tanto de los pacientes como de los médicos?

RANGO Y NATURALEZA DE LA COMPLICIDAD MORAL

La complicidad moral puede ocurrir en una amplia gama de situaciones en las cuales se utilizan o se requieren del conocimiento médico y sus capacidades, y en las cuales la asociación con otros puede incurrir en actos incorrectos. La complicidad moral en medicina puede ser moralmente nefasta, se pueden dar situaciones donde se participa en actos incorrectos en forma directa, intencional y contraviniendo el propósito de la medicina; o puede ser moralmente problemática, en la cual la complicidad moral se entremezcla con los objetivos médicos en situaciones bien intencionadas.

Las acciones moralmente inaceptables de complicidad moral, incluyen conductas donde se utiliza en forma intencional el conocimiento y la capacidad médica para cometer o facilitar las siguientes acciones: genocidio, tortura a prisioneros políticos, interrogatorios con el uso de psicofármacos y otras formas de “lavado de cerebro”, falsificación de diagnósticos o certificados de defunción, violación a los derechos humanos por encubrimiento de autopsias, reanimación de víctimas para prolongar torturas (9, 18).

En estas situaciones, los médicos cooperan intencionalmente en actos incorrectos generados por terceros y su participación en dichos actos es deliberada. Estos, uti-

lizaban su conocimiento médico primordialmente para fines que van en contra del bienestar del paciente. Este tipo de asociación con la maldad distorsiona el propósito y los objetivos de la medicina (19, 20). No existe credibilidad moral en estas grotescas formas de cooperación, a menos que aceptemos la inoperante y débil justificación moral que se le adjudica a la tortura para fines que atañen a la seguridad nacional (21). Ni tampoco puede existir credibilidad moral en la falsa afirmación que la presencia de un médico restringe la tortura, haciéndola así más eficiente y por lo tanto, más “humana”. A pesar de que esta es una práctica ampliamente utilizada, este documento no se concentra en esta forma de cooperación (18). Más adelante trataré el tema de la compleja situación del médico que no comparte la intención indigna pero que sinceramente cree tener el deber de atender a una víctima torturada, o que responde cuando se encuentra enfrentado a una víctima.

El tipo de complicidad moral más problemático – en el que me concentraré en este documento – ocurre cuando el uso del conocimiento médico *per se* no se utiliza en forma equivocada, como sucede en las instancias de moralidad repugnantes a las que me referí anteriormente. Pienso en aquellas situaciones en las cuales el conocimiento y experiencia médica se utilizan para fines correctos, pero en las cuales la legislación o la convención social requiere que los médicos sirvan propósitos ajenos a, o además de el bienestar de la persona que atienden. La cuestión aquí no es sólo la intención de ejecutar actos maliciosos, ni tampoco participar en un acto inmoral en forma deliberada. Generalmente, los otros propósitos en que se utiliza el conocimiento médico no son intrínsecamente inmorales. Sin embargo, con la intención de servir propósitos ajenos a las relaciones médicas, pueden ocurrir instancias dañinas porque el bienestar del paciente se encuentra supeditado a un propósito ajeno a la relación médica.

Esto puede ocurrir en ciertas prácticas institucionalizadas, principalmente en las áreas judiciales, psiquiátricas, militares o en medicina institucionalizada. Sin embargo, la complicidad puede ocurrir en formas menos institucionalizadas, como por ejemplo, cuando el médico actúa como profesor, empresario, “guardián” en un sistema de administración de salud preventiva, o en una práctica privada dentro de un sistema de salud preventivo. La principal interrogante ética se refiere a la forma en que se toman las decisiones y acciones morales correctas cuando el bienestar del paciente se debilita ante otros propósitos legítimos pero también competitivos.

Cualquiera sea el tipo de práctica, los médicos no pueden desligarse de la respon-

sabilidad moral que les cabe cuando, utilizando sus conocimientos médicos en cooperación con influencias externas, se oponen al bienestar del paciente. Cuando se utiliza el conocimiento médico, el médico es el “camino final y común”, es decir, si se emplea el conocimiento médico en forma competente, en alguna instancia tendrá que ser administrado, supervisado, aprobado o recomendado por un médico. De una forma u otra, al implementarse el conocimiento médico sobre seres humanos, el médico actúa como conducto final.

Esta es la razón por la cual los médicos tienen la posibilidad de prescribir, solicitar exámenes, aprobar servicios a otros profesionales médicos, realizar diagnósticos que indican la capacidad de un paciente de participar en un juicio, cumplir con deberes militares, o dar de alta a un paciente.

Cualquier régimen político que cumpla aun con la legitimidad más tenue, buscará ratificar su conducta a través de un profesional médico. Como mencionaba Lifton en su estudio devastador sobre la ética de los médicos nazi, el régimen de Hitler utilizó a la profesión médica para apoyar su ideología de la superioridad aria, para así darle una pátina de humanidad a sus programas de genocidio y eliminación de los “insertables” (13).

Nada verdaderamente “médico” puede hacerse sin una orden médica o sin sus solicitudes de exámenes o aplicación de técnicas. Ciertamente, el conocimiento médico y las técnicas pueden, sin duda, ser dominadas por personas no médicas y utilizadas para fines malévolos. Por ejemplo, la participación del médico como “guardián” o en la realización de una política económica dentro de un sistema privado de salud, la realidad de la complicidad moral del médico dificulta la posibilidad de que el médico culpe a la sociedad por algún daño que pueda surgir (22, 23).

Aún más, los médicos no pueden desligar su experiencia técnica de las expectativas que su presencia como médicos genera, tanto en aquellos que atienden como en aquellos que han sido testigos de sus acciones. Incluso en los medios más adversos a la posibilidad de sostener una relación terapéutica con un paciente, los prisioneros políticos y aquellos condenados a muerte siguen confiando en la ética del médico. Estas personas mantienen la esperanza de que la presencia del médico podrá evitar formas de tortura más extremas, de que el fallo del médico evitará su retorno al campo de batalla o proporcionarles una petición por demencia. Es difícil, sin embargo, tener la expectativa de que el médico será fiel a su benéfico compromiso tradi-

cional, estando comprometido también su convicción a otro rol. A punto de dar el último suspiro, un prisionero vulnerable hace cualquier cosa con tal de mitigar las circunstancias en las que se encuentra.

Estas realidades hacen que hasta el más mínimo grado de complicidad con la maldad sea moralmente despreciable, no sólo en el caso del médico, sino que también para toda la profesión médica. La culpabilidad moral de un médico puede mitigarse cuando es víctima de una terrible coerción y su vida y la de su familia se encuentra en grave peligro. Sin embargo, en su totalidad la profesión existe bajo un manto de responsabilidad colectiva que no puede ser fácilmente quebrantada. Ante una protesta o rechazo a la implementación de una política que pone en peligro a los pacientes, la acción colectiva tiene más fuerza que la vulnerable posición de un médico que actúa individualmente. El silencio de los médicos legitima la violación de los derechos humanos, su presencia la purifica; su pasividad evita que las sociedades dentro de sus sistemas valóricos se confronten con la maldad. No actuar como una comunidad moral comportándose en oposición al uso de la profesión médica con fines maléficos es comprometer a toda la profesión y asignarle además, el mismo grado de complicidad moral nefasta como el médico que estuvo involucrado.

El hecho de la complicidad crea desconfianza sobre todos los argumentos que se utilizan a menudo para defender la postura de la utilidad momentánea en casos de cooperación. Algunos justifican su participación continua en torturas argumentando que, al tratar las heridas de una víctima o imponiendo un límite de tiempo al proceso de tortura, hacen un acto benéfico o responden en forma benéfica a las necesidades médicas de un paciente según la estipulación contenida en el juramento hipocrático. Según este punto de vista, los médicos no son responsables por las repercusiones que puedan tener sus acciones. Existe una tesis que sostiene que el médico debe hacer todo lo posible para mejorar una situación equivocada, aún cuando estén en desacuerdo y no hayan sido causantes de la situación. Si no participan, otros lo harían y quizás con menos sensibilidad. La falta no está en el médico, sino en la sociedad o en la institución. Esta es una versión deformada de la definición de humanismo médico. Estos argumentos poseen temas en común. La defensa más frecuente de la participación en actos incorrectos es la que se caracteriza por no asumir la responsabilidad.

Ciertamente, un médico que no ha aceptado un rol participativo en la tortura política, pero a quién se le presenta un prisionero herido y necesitado de asistencia médica,

no puede rehusar atenderlo bajo fundamentos de complicidad moral. No pueden ignorarse las necesidades inmediatas de un ser humano que sufre, aún cuando la atención médica que se le otorgue facilite la continuación de la tortura. Sin embargo, dicho médico debe retirarse del medio para evitar futuras confrontaciones. El rechazo de un médico a participar es una fuerza poderosa y expone dichas prácticas al mundo y a los miembros de la comunidad que asumen una posición moralmente responsable.

En este caso, la responsabilidad recae fuertemente sobre las obligaciones morales de la colectividad profesional. Un médico no debe soportar todo el peso del rechazo de las reglas establecidas, particularmente en regímenes políticos represivos en los cuales ellos y sus familias se exponen a fuertes represalias. Una resistencia organizada de toda la profesión médica habría frustrado el programa de genocidio impuesto por Hitler. Dada la naturaleza de la relación médica, la complicidad moral en producir daño a pacientes es inexcusable en todas las formas de práctica médica. Sin embargo, la complicidad toma dimensiones adicionales en la práctica de la medicina institucionalizada, la cual presenta un contexto inherentemente conflictivo en cuanto a la ética médica.

Primero, con la expresión de aquellos que han sido reclutados, los médicos que trabajan para el servicio militar, para cárceles, hospitales psiquiátricos o colegios, han elegido conscientemente un rol dual. Explícitamente acuerdan poner su conocimiento médico al servicio de algunos propósitos institucionales tácitos. Por ejemplo, en el servicio militar, conservar la salud de las fuerzas para el combate (24, 25). En un hospital psiquiátrico, es proteger a la sociedad, y a los pacientes de perjuicios. En cárceles es proteger a la sociedad, también castigar y rehabilitar a los prisioneros. En medicina forense, es estar al servicio de los tribunales para proporcionar testimonios expertos.

Las necesidades médicas comunes del personal militar, prisioneros y pacientes confinados también forman parte de la preocupación del médico clínico, pero están subordinadas de vez en cuando a los propósitos institucionales. En estos casos, la relación médica no se obtiene por consentimiento mutuo como se da en prácticas no institucionalizadas. El paciente y el médico no están libres para elegirse uno a otro y sólo pueden cambiar el propósito de la relación muy levemente.

Otra fuente de complicidad moral es la identificación del médico con la institución y

los objetivos de la misma. Por ejemplo, los psiquiatras pueden simpatizar con los intereses impuestos por la sociedad en cuanto al control de comportamientos desgarradores por parte de sus pacientes; los médicos militares por su lado, pueden ser simpatizantes al propósito de una guerra; los médicos forenses, a los efectos disuasivos de una pena de muerte; todos actuando en oposición al bienestar del paciente. Por lo tanto, el médico podría “mediar” con el hospital, el servicio militar o el tribunal cuando se reconoce que el paciente se opone al sistema de valores de dichas instituciones, también el médico podría considerar, por ejemplo, que la ética de la vida militar sustituye la ética de la medicina (26).

MÉDICOS Y PACIENTES EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL

Quizás uno de los aspectos más confusos sobre la ambigüedad de roles que asumen los médicos, como terapeuta y agente cumpliendo un propósito institucional, es la confusión que surge en la relación personal entre el médico y el paciente. En algunas instancias el médico actúa como el terapeuta del paciente preocupado principalmente de sus necesidades. En otras situaciones el médico actúa como un testigo experto cuyo propósito no es el tratamiento. Y en última instancia, el mismo médico puede actuar ambos roles en forma simultánea y para el paciente la distinción entre estos roles resulta difícil.

Los médicos que atienden a pacientes psiquiátricos, personal militar o convictos, estén o no condenados a muerte, tienen una obligación moral como médicos de atender las necesidades físicas y psicológicas del paciente como cualquier otra relación médico – paciente. Por lo tanto, durante el curso del encarcelamiento, servicio militar, hospitalización o extensos períodos de confinación antes de una ejecución, se crean o se pueden crear estrechas relaciones de confianza entre el médico y las personas que atiende.

Por ejemplo, un prisionero condenado a muerte podría desarrollar tanta confianza con su médico que podría solicitar su presencia en el momento de la ejecución e incluso solicitarle que aplique la inyección letal. Se podría argumentar que el rechazo de tal solicitud es una violación a la confianza y una especie de abandono moral. Bajo estas circunstancias especiales, la necesidad de apoyo emocional del convicto podría anular la prohibición ética de presenciar una ejecución. Se produce una distancia moral por el hecho que el médico actúa con los intereses de su paciente, su acción no es ni está relacionada al acto de matar y no se analiza como parte de las

funciones estrictamente médicas. El médico está presente como un amigo y no asiste en el acto de dar muerte ni declara muerto al paciente.

Dicha acción podría ser interpretada como una forma de dignificar la ejecución por medio de la aprobación profesional. Sin embargo, este argumento podría ser más valioso por su fidelidad para con las obligaciones éticas de beneficencia y confianza del paciente. Por otra parte, el médico tendría que rehusarse si el convicto le solicitara aplicar la inyección letal o si el médico actuase como testigo legal de la ejecución, iniciase la aplicación de la inyección o declarara la muerte bajo una orden judicial. Estas acciones acortan la distancia moral hasta un grado inaceptable. Hacen del médico el agente de muertes intencionales, un acto no benéfico, que cumple con los intereses del Estado y no con los del paciente. Aún si el paciente ve la participación del médico como benéfico, el acto de dar la muerte contradice el propósito de sanación de la medicina y entonces tendría que rechazarse.

En el caso hipotético descrito, el médico tiene una genuina relación médico – paciente con el prisionero. Esto difiere de una relación en la cual el prisionero no es un paciente sino un sujeto que es atendido por el médico por orden estatal con el fin de determinar su salud y la capacidad para declarar ante un tribunal de justicia o para ser ejecutado, la validez de una petición de demencia, o discapacidad. El sujeto entonces se transforma en “objeto” de un procedimiento legal, que no tiene relación con su bienestar, contrariamente a lo que se observa en una relación médico – paciente en la cual el propósito principal es el bien del paciente.

Los médicos y pacientes deben tener claro desde el principio las diferencias entre estos dos tipos de relaciones, para que la desconfianza no tenga cabida. El paciente o sujeto debe tener la oportunidad de rehusar una o ambas relaciones. Se ha sugerido, y yo lo apoyo, que cuando se hace una evaluación a los pacientes dementes hospitalizados por orden de un tribunal o de un oficial del recinto carcelario, se les debe advertir que el médico no está necesariamente actuando en su favor (27). Para distanciar al médico tratante de la decisión en la que podría violar los derechos del paciente es necesario, como mínimo, que el médico no esté directamente involucrado en la decisión de tratar al paciente psiquiátrico contra su voluntad. En *Washington vs. Harper* (28) la opinión mayoritaria de la Corte Suprema de los Estados Unidos, confirmó el derecho del estado de exigir un tratamiento involuntario bajo ciertas condiciones, por ejemplo, cuando un convicto ha sido diagnosticado con una enfermedad mental grave que resulta peligroso para la comunidad y para sí mismo. Sin

embargo, el tribunal indicó que para que dichas acciones fueran válidas ninguno de los miembros de la audiencia participantes en la decisión de tratamiento forzado podía estar involucrado en el tratamiento o diagnóstico de dichos pacientes. Pero esto no fue una opinión mayoritaria de los jueces.

Sin embargo, debe quedar claro para todo médico que participa en un caso similar que ellos están examinando al paciente como a un sujeto. No se espera que actúen como médico personal del paciente, sino como analistas de los hechos del caso, es decir, como peritos. Por otra parte, para evitar el “sesgo institucional” al que se refirieron los jueces con opinión disidente, se podría construir un comité cuyos miembros proviniesen de otra institución. Pero, aún en este caso, el “sesgo” generalizado de los médicos a favor del tratamiento podría cuestionarse. En este caso, aún cuando los médicos provinieran de otra institución y no actuaran como el médico personal del paciente, seguirían en favor del mejor interés del paciente.

Pero, aún cuando se implementan medidas para mantener la distancia moral, existen algunas funciones estatales en las cuales los médicos no tendrían que participar jamás, ya que se oponen directamente a los propósitos de la medicina y a la expectativa pública sujeta a la ética médica y específicamente al juramento de Hipócrates. Un claro ejemplo es el caso de Perry vs. Louisiana, en cual el Estado ordenó el tratamiento involuntario de un procesado demente para que al finalizar su tratamiento, fuese ejecutado. El procurador general reconoció que el “interés del Estado” en tratar al paciente fue para poderlo matar, sin violar la ley que prohíbe dar muerte a personas dementes.

En esta situación, el rol del médico como funcionario estatal y como sanador son inseparables. La participación del médico es esencial para llevar a cabo el acto de dar muerte y no existe ninguna distancia moral perceptible entre ambos roles. Ningún médico puede administrar en forma ética drogas psicotrópicas bajo estas circunstancias. El mismo razonamiento podría impedir la administración de la dosis letal en una ejecución ordenada por el Estado. Ser testigo de una ejecución es un paso más alejado que el acto de dar muerte, pero también produce daño ya sea al sanear el acto de dar muerte médica, lo que es una clara violación del propósito primordial de la medicina.

COMPLICIDAD MORAL Y DISTANCIA MORAL

Una forma de evaluar el estado moral de un acto de cooperación en particular, sería estimando la distancia moral que existe entre el daño actual o potencial a la persona atendida. Esta “distancia” mide en términos morales por el grado de participación intencional del médico para hacer daño, el estado moral del acto en cuestión, la seriedad del daño y hasta qué punto la acción del participante es necesaria o causante del daño, y la proporción entre daño y beneficio (29).

Obviamente, cualquier intento de construir una fórmula estricta para medir el estado moral de un acto de cooperación, sería extremadamente ilusorio. Por otra parte, podríamos considerar un esquema en el cual se apliquen grados de seriedad y ligereza para justificar algunas razones. La regla general de esta relación sería: mientras mayor la distancia moral, se requiere menor justificación para participar y mientras más corta sea la distancia moral, más sólidas tendrán que ser las razones de su justificación. Cuando el participante no comparte la intención de hacer daño el acto en sí es bueno o moralmente neutro, las acciones del participante no son necesarias o causales, sino que sólo facilita el bien proporcionado y su cooperación podría estar justificada.

Un ejemplo mundano sería la participación de un médico en el cuidado de pacientes en un hospital que, por razones presupuestarias, no puede proporcionar catéteres cardíacos para los pacientes con problemas al corazón. Esta situación bien podría poner en peligro al paciente e incluso llevarlo a una muerte inevitable. No trabajar en dicho hospital como forma de protesta no es defendible. Sin embargo, junto con tratar al paciente de la mejor forma posible, se requiere que el médico busque mejorar los servicios disponibles para pacientes con problemas cardíacos y haga todo intento razonable para obtener los servicios que sus pacientes requieren. De la misma forma, los médicos no pueden participar en huelgas con el fin de mejorar los servicios al paciente porque se alejarían de su responsabilidad primordial.

Por otra parte, cuando el participante comparte la intención de daño, cuando el daño es grave, cuando se requiere del participante para causar el daño y el bienestar del paciente es mínimo, la proximidad moral al mal está muy cerca como para justificarse. Un ejemplo de esto es cuando la participación del médico en la tortura de una persona es justificada por propósitos militares o políticos.

Al examinar una forma particular de participación médica, existe una serie de preguntas que, si se consideran en conjunto, generan alguna forma de estimación de la “distancia moral” entre las intenciones, las acciones y la discutible actividad en la cual el médico esté jugando un rol facilitador. Las preguntas son: (1) ¿La acción en sí, es buena, mala o moralmente indiferente? (2) ¿Hasta que grado comparte el médico los propósitos del mal actuar de otros? (3) ¿Cuán necesaria es la cooperación del médico para el logro de los propósitos perversos? (4) ¿Cuál es la relación causal entre el bien que el médico pretende y el daño que ocurre? (5) ¿Existe una buena razón para permitir la cooperación? (6) El acto en cuestión: ¿es consistente con los propósitos éticos de la relación médica?

La distancia moral, por lo tanto, y la aceptación moral de un caso en particular de cooperación depende de la suma de la calidad moral de las respuestas a cada pregunta. Si cada pregunta se contesta en forma satisfactoria, el grado de complicidad moral será mínimo o cero. Si cada pregunta se contesta de una manera insatisfactoria, habría una identificación completa con el acto erróneo y la complicidad moral sería máxima. Estos extremos no son nuestra preocupación. Los casos que nos conciernen son aquellos en los cuales el efecto mismo se encuentra entre los extremos de no complicidad y la identificación total con el mal actuar.

La pertinencia de estas preguntas se ilustra de mejor forma en algunos ejemplos seleccionados de la medicina penal, forense y militar. Estas son instancias en las cuales el médico es más visiblemente un doble agente, a menudo con una clara aceptación moral. El médico está empleado por el Estado para cumplir con sus intereses propios.

Sin embargo, como médico, se está ligado a una profesión que en su propia tradición y en la expectativa de la comunidad, en sus auténticos propósitos se orienta a la sanación, a la ayuda y al cuidado de los enfermos discapacitados. Para poder descifrar los conflictos inmersos dentro de estas obligaciones, se requiere de una evaluación cuidadosa de la “distancia moral”. A menos que aceptemos con convicción que todo acto legal es ipso facto moral y que los médicos no tienen ninguna obligación de servir a los intereses del Estado. Ninguno de estos extremos es moralmente defendible. Aún cuando utilizo como ejemplo a médicos contratados por el Estado, el tema de la complicidad moral no se limita a esta situación. Las mismas dudas ocurren en forma más atenuada en la práctica privada, en los sistemas de salud

privado, en la medicina académica y en muchas otras instancias en las cuales el médico puede ser cómplice de daño con propósitos ajenos al interés del paciente a consecuencia de su división de lealtades.

MEDICINA PENAL: EL CUIDADO DE CONVICTOS CONDENADOS A MUERTE

Los médicos que trabajan en las cárceles son contratados por el Estado para llevar a cabo lo que éste determine y cumpla con los intereses del mismo en cuanto al cuidado y a la disposición de aquellos condenados por crímenes cuyo castigo es la muerte. En estas instancias, en algunos Estados se requiere la participación del médico en la ejecución, o para determinar la capacidad mental de un prisionero para prestar declaración en un juicio o para ser ejecutados. En algunos casos, el médico puede ser obligado a tratar a un convicto mentalmente enfermo para que pueda ser posteriormente ejecutado (30, 31).

Varios norteamericanos y grupos internacionales, como American Medical Association, World Medical Association, American College of Physicians, American Psychiatric Association y American Correctional Health Association, se oponen oficialmente a cualquier forma de participación de los médicos en ejecuciones, excepto para certificar la causa de muerte (32, 35).

Aparte de estas condenas de cuerpos profesionales, algunos Estados, como California, siguen exigiendo también la presencia de médicos en las ejecuciones. California exige que un médico determine si una mujer condenada a muerte está embarazada, en cuyo caso se pospone la ejecución. A pesar de las prohibiciones de las organizaciones profesionales, algunos médicos siguen participando y defendiendo su participación bajo su concepto del rol ético del médico en la sociedad.

En el caso de la ejecución de David Mason, la Asociación Médica de California (CMA) revirtió su opinión previa por medio de una lógica alarmante. La prensa cita que los médicos contratados por el Sistema Estatal de Cárceles no están sujetos a su política del año 1980, que prohíbe su participación en ejecuciones. De acuerdo a la CMA, los médicos contratados por el Estado y a quienes se les exigió la participación en las ejecuciones, no tienen culpabilidad moral ya que estuvieron expuestos a un “dilema, sin posibilidad de elegir” (36).

La presunción no probada aquí es que cualquier extremo del dilema tiene igual esta-

tuto moral. Esto sería extender demasiado las preguntas ya que la moralidad de la participación es precisamente lo que se discute. Más aún, la CMA no indica que su decisión previa era incorrecta, sólo que por ahora, se permite violarla hasta que se encuentre alguna forma de evitar este “dilema”.

El principal razonamiento ético de los que se oponen a la participación del médico en actos incorrectos, se basa fundamentalmente en que todo médico debe respetar el Juramento Hipocrático de no dañar y que matar no es consistente con la misión sanadora de la medicina. Consideran que a largo plazo, debilita paulatinamente la confianza pública en la profesión médica y hace de ella un instrumento político, un desarrollo que eventualmente pondrá al paciente y al médico en peligro (37, 40).

Los defensores de la participación médica indican que se justifica su presencia en base a beneficencia ya que los médicos tienen mayor destreza para instalar un catéter intravenoso y preparar las dosis adecuadas de drogas letales. Se sostiene además que los médicos pueden hacer que la experiencia sea más rápida, menos dolorosa, y por ende más humana. Más aún, algunos argumentos sustentan la base de que algunos prisioneros condenados pueden establecer una relación cercana con los médicos de la cárcel y solicitar que el mismo administre la dosis letal. Sería moralmente censurable abandonar al paciente en el momento en que más necesita apoyo (41).

Para otros, el médico no es más que el cómplice técnico. No es responsable de la sanción política del Estado. El médico no puede controlar lo que hacen otros, pero debe poner su conocimiento al servicio de la comunidad.

Con respecto a la distancia moral, el *status* moral de estas posiciones opuestas podrían ser evaluadas en razón de los siguiente: la acción de dar muerte, exceptuando la auto defensa, es intrínsecamente perversa. El bien inmediato que se logra con la participación médica al dar muerte a una persona en forma eficiente, se contrapone al daño de largo plazo que esta muerte causa, además de la erosión que genera sobre la misión y confianza del público en la profesión médica. Más aún, la asistencia médica es esencial para lograr un resultado dañino y el médico es el causante directo e inmediato de un acto violento.

No existe ninguna razón proporcionada que podría equilibrar este grave daño. Una ejecución viola el primer principio del Juramento Hipocrático que es beneficencia y

no maleficencia. El efecto a largo plazo en la imagen de la profesión y en la confianza pública en los médicos es socialmente desastroso. La distancia moral que existe en la participación en ejecuciones ordenadas por el Estado es demasiado estrecha para justificar dicha participación, aún cuando sea el deber de médicos empleados por el Estado.

Se podría objetar que nada de esto se aplica a los médicos si creen honestamente, a pesar de que la evidencia demuestra lo contrario, que la pena capital inhibe el crimen o que una sanción justa para un asesino es la muerte, y que si el médico del recinto carcelario no cumple con su deber, perderá su trabajo. Esta objeción revierte los hechos, ya que el efecto disuasivo sobre la pena capital es insignificante, o quizás a los más merece ser discutido (42, 45).

Hasta ahora, con respecto a la sanción, no parece ser moralmente justificable castigar un acto de suprema violencia por otro, a menos que estemos dispuestos a aceptar la moral de “ojo por ojo, diente por diente”. Para aceptar este tipo de condenas de parte del Estado, se confiere un cierto nivel de justicia a muchos asesinatos cuyo criminal cree estar “cuadrando los libros” en forma justa.

Existen ciertas circunstancias especiales en las cuales la pérdida de un trabajo podría justificar (en forma temporal por lo menos) la participación de un médico, siempre y cuando éste no comparta las intenciones de retribución del Estado y busque inmediatamente otras formas de sustento. Se puede concebir a un jefe de familia cuya esposa e hijos sufrirían severas restricciones si perdiese repentinamente su empleo. Esto debe ser una genuina probabilidad de constituirse en una razón proporcionada. Este tipo de acto cumple con el rótulo “manos sucias” o “inmoralidad admirable”, es decir, una situación en la cual una persona con responsabilidad moral siente el impulso por hacer algo que no elegiría hacer si tuviese la libertad de hacerlo (3, 6). Está claro que la búsqueda de dicho empleo no debió haber ocurrido desde el principio.

Algunos podrían argumentar que las ejecuciones legales son expresiones de la voluntad pública y que la ética de la profesión o de un médico en particular no debiera frustrar la voluntad pública. Si todo médico rehusa participar, la pena capital tendría que eliminarse o ser llevada a cabo por ejecutores no calificados para hacerlo. Para todo médico, aceptar el rol de técnicos de moralidad neutra es violar el concepto global de la ética médica. Esta es una posición amoral, análoga a la posición de los

médicos en regímenes políticos opresivos. Este argumento aborda un tema que analizaré en la última sección de este ensayo, la independencia de la ética médica.

Algunos Estados requieren que los médicos sean testigos de las ejecuciones. Esto considera pronunciar a la persona muerta aún cuando el médico no administra la inyección letal. Aquí la distancia moral es mayor que la participación directa mencionada más arriba. Pero aun así no es suficientemente grande para justificar el hecho de estar presente. La presencia del médico involucra una cooperación tácita, ya que le confiere un respaldo profesional a la ejecución y su presencia es necesaria para certificar la muerte según lo establece la ley. Sin embargo, un médico examinador puede certificar la causa de muerte (es decir, la ejecución) en el curso de sus deberes. Aquí el patólogo no ha estado involucrado en la muerte del paciente cuando certifica su muerte, ni tampoco ha hecho de la ejecución un acto médico legítimo.

El diagnosticar si una mujer convicta se encuentra embarazada, (Código Penal de California) presenta otro difícil ejemplo de complicidad moral. Existe la posibilidad de posponer la ejecución de una mujer embarazada. Este acto le proporciona un pequeño respiro de vida y una oportunidad para continuar apelando a los tribunales, etc. También es beneficiante al proteger la vida del feto, que no comparte la culpabilidad criminal de la madre. En esta instancia, la distancia moral entre el médico y el daño que se llevará a cabo es mucho mayor que en el caso de la participación directa en la ejecución o cuando se es testigo de la misma. Ciertamente, la mujer embarazada podría eventualmente ser ejecutada, y se podría argumentar que esto sólo prolonga su sufrimiento si no existe la posibilidad de una suspensión. Sin embargo, esta objeción es superada por la preservación de la vida del feto. Más aún, la posibilidad de una suspensión se mantiene si la ejecución se pospone para permitir que la mujer lleve su embarazo a término. La proporcionalidad entre daño y beneficio, la distancia moral de un acto de ejecución y la intención beneficiante del médico estaría en favor de su participación en el diagnóstico del embarazo.

PSIQUIATRÍA FORENSE Y PENAL

En procedimientos criminales la determinación de capacidad para declarar en un juicio y su defensa por insania, son procedimientos diferentes. Ambos permiten la posibilidad de la complicidad y de causarle daño al paciente. Cada una de ellas se determina médicamente, pueden o no beneficiar al paciente, y requieren el conocimiento y experiencia de un psiquiatra.

La evaluación de la distancia moral se complica cuando la certificación del bienestar físico y emocional del paciente para declarar en un tribunal de justicia. Aquí, nuevamente se ve entremezclado el bien y el daño hacia el acusado (31, 46, 47).

Ciertamente, si se declara a una persona legalmente “demente”, o que lo estaba en el momento de efectuar el supuesto crimen, entonces los intereses del paciente estarían protegidos por la confirmación psiquiátrica de este hecho. La justicia también requeriría confirmación con un cierto grado de certeza, por tanto también es esencial el conocimiento médico psiquiátrico. A condición de que el psiquiatra no tenga una opinión sesgada contra la persona acusada y posea la competencia profesional, su participación es moralmente lícita aún cuando el resultado puede ser desfavorable para el acusado. Esto se debe a que el resultado no puede conocerse antes de realizarse el examen solicitado. La no participación del profesional privaría al acusado de la posibilidad de un beneficio significativo, de un reclamo de demencia como defensa válida.

La misma situación se aplica al caso de la evaluación efectuada por un cardiólogo sobre los riesgos físicos de participar en un juicio. Para un médico, rehusarse participar, sería privar al acusado del beneficio posible de dicha evaluación (48).

El balance de beneficencia y maleficencia y la distancia moral entre ellos es más cercana cuando un psiquiatra examina al prisionero condenado a muerte para cumplir con los requisitos constitucionales para la ejecución de los “dementes” (49, 50). Nuevamente, existe la posibilidad de servir los intereses del acusado si se encuentra que está “demente”, ya que el resultado del examen no es seguro, porque podría ocurrir tanto beneficio como daño, y porque el conocimiento médico del psiquiatra es esencial para posibilidad de bien. El balance moral estaría a favor de la participación.

Sin embargo, este no es caso cuando se le pide a un psiquiatra que trate a un paciente psicológicamente perturbado en contra de su voluntad, de manera que ella o él pueda ser declarado “sano”, y por lo tanto apto para ser ejecutado. Varias instancias de esta clase se han discutido recientemente desde el punto de vista legal y ético (51). Examinado en términos de distancia moral, la participación del psiquiatra sería moralmente inadmisibles. La clara intención del acto es preparar al paciente para la ejecución, el conocimiento médico del psiquiatra es esencial para este fin, y

el fin no está seguramente en los intereses del paciente. Aún si las intenciones del psiquiatra fuesen buenas, el resultado final es tan claramente perjudicial que no existe distancia moral entre el acto del psiquiatra y el resultado perjudicial. Por otra parte, un prisionero condenado a muerte y tratado exitosamente con drogas psicotrópicas puede tener su sentencia cambiada por prisión perpetua. Si fuera este el caso, se puede esgrimir un argumento en este punto por la participación psiquiátrica ya que podría ser de alguna utilidad para el paciente.

USO DE ÓRGANOS DE CRIMINALES EJECUTADOS

Otro ejemplo en el cual el bien y el daño se encuentran a menudo unidos y resultan en complicidad con el daño, se encuentra en el uso de órganos de criminales ejecutados. Esto constituye ya una práctica que se aplica en algunos países con y sin consentimiento previo de la persona ejecutada (52). Los argumentos para dicha práctica tienen un cierto tinte utilitario, por ejemplo, órganos vitales que de otra manera “se perderían” podrían usarse para salvar la vida o disminuir la discapacidad de otra persona, el consentimiento podría ser obtenido de la persona condenada y por lo tanto algo bueno podría resultar del fin de la vida de un individuo que había hecho daño a la sociedad. Algunos podrían argumentar que, aún sin el consentimiento de la persona, el beneficio potencial es mayor que el mal de no intentar obtener el consentimiento.

En contra de esta posición, está el argumento de que la participación del médico en la procuración de órganos podría dar una legitimación profesional a la ejecución. Podría tentar seriamente a los especialistas de trasplantes a desarrollar métodos de ejecución destinados a preservar mejor los órganos vitales para trasplante, haciendo por lo tanto de la persona ejecutada un medio de mayor beneficio para otros en comparación con lo que ocurre habitualmente. Aquí, la colaboración del médico en el acto de la ejecución estaría demasiado cercana como para justificarse moralmente, aún cuando los órganos removidos se usaran para salvar la vida de otro ser. Violaría cualquier residuo de dignidad humana que pueda quedar para el prisionero ejecutado y contravendría el respeto debido al cuerpo de los fallecidos, lo cual todavía se considera ampliamente como una obligación en la sociedad occidental.

Algunos podrían argumentar, presumiblemente en base al respeto por la autonomía, que el uso de órganos después de la ejecución sería legítimo si el prisionero condenado hubiera otorgado su consentimiento informado. Si el consentimiento fuera ver-

daderamente libre e informado, esta podría ser una posición defendible. Pero el consentimiento obtenido de alguien que se encuentra condenado a muerte es algo dudoso por decir lo menos. Las posibilidades de coerción sutil de un prisionero que puede sentir remordimiento son genuinas. Pero el convicto condenado puede genuinamente desear “retribuir” una deuda a la sociedad. Esto no es, en sí, un deseo inválido. Mucho depende de la calidad moral del consentimiento. La práctica de escribir a los prisioneros condenados y pedirles que donen sus órganos, como aboga Jack Kevorkian, tiene los mismos peligros que el obtener un consentimiento cara a cara (52). No podemos descartar completamente la posibilidad de un consentimiento informado genuinamente válido. Pero hacer esto sería negar al prisionero la oportunidad de realizar un acto altruista. Negar al prisionero dicha oportunidad podría verse como una forma de discriminación en su contra. Las posibilidades de las decisiones verdaderamente autónomas para aquellos que estén esperando su ajusticiamiento deben abordarse con extrema precaución. Existe una distinción genuina sobre este punto entre los prisioneros no condenados y aquellos condenados a muerte. El derecho de los prisioneros no condenados, a donar sus órganos debe ser protegido ya que, presumiblemente, ellos morirán de “causas naturales” y no serán matados por el Estado (32).

Haciendo un balance, las posibilidades de abuso en el proceso del consentimiento y legitimación del acto de ejecución, mediante la colaboración profesional son genuinas. La tentación del público y de los legisladores para ver la donación de órganos como un factor mitigante en las ejecuciones ordenadas por el Estado iría en contra de la participación profesional. La distancia moral simplemente no es suficientemente grande para evitar un grado inaceptable de complicidad o de “manos sucias”.

MEDICINA MILITAR

El problema de la complicidad moral y la cooperación es particularmente complejo en la medicina militar (25, 53, 56). Aquí las exigencias de la guerra, la necesidad concomitante para conservar la fortaleza de la tropa, y el problema de tratar a los enemigos civiles presenta algunos dilemas para los médicos que están de servicio y que son éticamente conscientes. El médico militar encara un conflicto adicional potencial entre dos sistemas éticos, por ejemplo, la ética médica tradicional y la ética de los militares americanos. Esta última exige obediencia a las órdenes, lealtad a los compañeros de armas y a su país, y honor e integridad (50). Esta ética bien podría entrar en conflicto con la ética médica, en la cual las lealtades primarias están orien-

tadas al enfermo y al herido.

Los psiquiatras militares y otros clínicos encaran dilemas especiales con respecto a la confidencialidad (27, 57). ¿Debe reportarse por razones de buen servicio el diagnóstico de SIDA, drogadicción u homosexualidad, cuando esto puede producir el despido? (58). Tomado literalmente, los reglamentos pueden requerir que estas condiciones se reporten. Pero, como señala Howe (54) si no hay una amenaza a terceras partes, como en el caso de abuso de drogas, la información puede ser hecha sobre una “base de uso limitado”. Pueden surgir conflictos adicionales con respecto a las vacunas no voluntarias y/o el uso de drogas no aprobadas por la FDA como sucediera durante la operación “Desert Storm” (55). Otros dilemas incluyen la participación en investigaciones que incluyen armamentos químicos, biológicos y nucleares (59). El espacio no permite analizar la distancia moral entre estas situaciones, pero un caso especialmente interesante de conflicto entre las éticas militar y tradicional vale la pena desarrollar más extensamente ya que ilustra algunos de los problemas básicos.

Howard Levy (60) fue un médico militar y dermatólogo durante la Guerra de Vietnam. Levy rehusó una orden para entrenar a los Boinas Verdes en técnicas médicas sobre la base de que violaba su sentido de ética médica debido que a quienes se les solicitaba entrenar, era personal de combate y no médico. La intención del programa era que los Boinas Verdes usaran su conocimiento médico para ganar la confianza de los enemigos civiles y por lo tanto conducir a sus pacientes a revelar información de importancia militar. Más aún, este personal de Servicio Especial retenía su estado militar primario y estaba por lo tanto sujeto a órdenes de abandono de sus pacientes cuando las exigencias militares así lo requirieran.

Algunos médicos concordaron con Levy en que su interpretación de la ética médica tenía precedencia sobre la ética militar de obediencia a órdenes y que la medicina no debía ser sometida a la ideología política, aún a la nuestra. Otros médicos, sin embargo, sostuvieron que Levy estaba equivocado, que no era responsable por las acciones de los boinas verdes después que los hubiera entrenado y que las órdenes militares y la disciplina tenían precedencia sobre la ética médica.

Existen varios aspectos de la conducta de Levy antes y durante sus cortes marciales que no están bajo consideración aquí, por ejemplo, su antipatía a la Guerra de Vietnam en sí y al servicio militar, y sus alegatos en contra de las fuerzas del Servicio

Especial. Dejando éstas de lado, sobre la evaluación de la distancia moral, la protesta de Levy ilustra la dificultad de medir lo que constituye una distancia moral significativa. Su acción podría haber sido entrenar a los Boinas Verdes y no participar en sus actividades. El resultado final podría haber sido una mezcla del bien y del mal, cuidado médico de aquellos que de otra forma no lo obtendrían, pero también el uso del cuidado médico con propósitos políticos. La intención clara y expresa del programa no era ayudar a los civiles, pero sí obtener información militar de ellos y avanzar en el objetivo militar. Más aún, los Boinas Verdes era personal de combate que actuaba como personal médico. El conocimiento médico era esencial para alcanzar un mal propósito, sin él el programa no era posible. Como asunto de conciencia, Levy sintió que podría estar participando en una deslealtad. Desde su punto de vista, el daño sobrepasaba el bien potencial. Uno puede argumentar que, aunque todo fuera verdadero, habían todavía razones muy graves durante las condiciones de tiempo de guerra para justificar la deslealtad.

La medición de la distancia terminaría favoreciendo la negativa de Levy. Aún la oportunidad del momento de guerra podría no ser razón lo suficientemente grave como para justificar la violación de la conciencia de Levy. Esto es verdadero aún cuando Levy aceptó una comisión en las fuerzas armadas con todo lo que ello involucra. No se esperaba de él que anticipase todos los problemas éticos de una carrera militar. La cuestión de cuan lejos la conciencia individual puede llegar al oponerse a una orden militar es un asunto más complejo que está vigente. Sin embargo, esto es a menudo la cruz para una persona moralmente sensible frente a una opción que habitualmente no consideraría. Decir que una orden dada por un superior tiene precedencia sobre la conciencia individual en un problema moral importante es llevar la ética militar demasiado lejos.

LA INDEPENDENCIA DE LA ÉTICA MÉDICA

¿Hasta qué punto debe la ética médica ser independiente de los designios de la ley, o de las costumbres de las comunidades demasiado cerradas? ¿Es la ética médica un artefacto cultural o legal, o posee una cierta moralidad interna que trasciende estas limitaciones y que se aplica a todos los médicos no importando donde ellos practiquen? Este es un problema de importancia creciente en un mundo en el cual lo étnico cultural y las diferencias religiosas no pueden aislarse más dentro y a través de las barreras nacionales (61). ¿Son los requerimientos de la ética médica diferentes, por ejemplo, para los médicos musulmanes fundamentalistas que amputan una

mano del sinvergüenza de acuerdo con la ley islámica? ¿Para el judío ortodoxo? ¿Para el católico romano comprometido?

Aquí, debemos distinguir entre los cuatro sentidos de la ética médica: 1) lo promulgado por la profesión 2) la conciencia personal del médico 3) lo dictado por la cultura o la ley y 4) aquello que es posible concluir mediante el análisis racional de la naturaleza misma de la medicina. Estos pueden diferir sustancialmente en contenido y en su interpretación y, por lo tanto, entrar en conflicto en su aplicación a casos específicos.

Por ejemplo, en años recientes, la profesión organizada ha eliminado la prohibición contra el aborto contenida en el Juramento Hipocrático, aunque ella sigue teniendo vigencia moral para muchos médicos. Es posible y probable que, dentro de poco, la profesión organizada tendrá que remover la prohibición en contra de la eutanasia activa o el suicidio asistido a pesar del hecho de que estos actos son moralmente inaceptables para muchos médicos. Tal cambio sería una respuesta a lo que muchos en la profesión perciben como tendencias culturales y legales. Pero muchos otros médicos estarán seguramente en desacuerdo con estas tendencias sobre la base de su conciencia personal. Otros mantendrán, sobre bases filosóficas, que dichas alteraciones son violaciones a la naturaleza y el fin mismo de la medicina.

Más aún, puede haber un conflicto entre los requerimientos del derecho penal y las regulaciones de la práctica médica en un estado determinado. Por ejemplo, en Illinois (62) las ejecuciones deben ser cumplidas mediante una inyección letal. En diciembre de 1990, el Departamento de Correcciones de Illinois anunció que había contratado a tres médicos (no dio a conocer sus nombres) para participar en una ejecución. Aún así, la Ley de Práctica Médica prohíbe específicamente la administración de sustancias controladas o narcóticos "... para otros fines terapéuticos". También, bajo la Sección de la misma ley 4400 – 22 (5), se prohíbe a los médicos comprometerse en conductas no profesionales o no éticas, lo cual sería el caso si los médicos participan en ejecuciones, ya que ha habido una amplia condena por grupos profesionales médicos a nivel mundial (34, 35).

Una controversia similar se ha ido desarrollando recientemente en California sobre el estado legal y ético del procedimiento de ejecución de la prisión de San Quintín, el que requiere que el funcionario médico jefe de la institución y otro médico del personal asistan a la ejecución y determinen y certifiquen la muerte. La ejecución puede

ser por cámara de gas letal o inyección. El debate actual se centra en que si la ética médica puede ser sobrepasada por el mandato institucional. También está en discusión, si el Código de Profesiones y Comercial de California, que protege la integridad de la ética médica, sería violado (63, 64).

Este caso recalca aún más los temas de la integridad e independencia de la ética profesional y los grados de cooperación y la complicidad moral involucrada en el uso del conocimiento médico para fines no terapéuticos.

Este no es lugar para comparar y contrastar toda propuesta ética médica. Mi propósito es simplemente indicar que los intereses del Estado en preservar la integridad de la ética médica han sido frecuentemente planteados, y se ven ahora amenazados (20).

Basta con decir aquí que los problemas de complicidad moral y de reserva moral, así como la independencia de la ética médica, deben depender en último término de fundamentos filosóficos de la ética médica que trasciendan la ley, la etnicidad e incluso las tendencias culturales. Sin dicha independencia, los médicos encontrarán una creciente dificultad para argumentar en contra de las demandas para usar su conocimiento médico con propósitos ajenos a los intereses del paciente. Después de todo, las cortes pueden redefinir bien los intereses del Estado de proteger la integridad de la ética médica en términos sociales o de utilidad política. La "ética médica" a ser protegida puede ser bastante diferente con la que contamos hoy. Puede aún incluir un derecho a cooperar en actos que nosotros actualmente consideramos no éticos profesionalmente.

Si la ética médica no tiene una independencia moral, entonces se convertirá en una servidora de la interpretación cultural o política. Esto es lo que ha sucedido en aquellas sociedades en las cuales aún se justifica la participación del médico en la tortura, en el maltrato de disidentes políticos o culturales, o en violaciones de derechos humanos en respuesta a los dictados de "comunidades demasiado cerradas".

Ejemplos de dichas distorsiones en recientes historias humanas son demasiado conocidos como para que se necesite citarlas aquí. Aún en estas instancias, la profesión y el Estado afirman piadosamente su compromiso con el Juramento Hipocrático, pero está claro que el Estado es lo primero. Este fue el caso en la ética profesional de los médicos en la era soviética, quienes tuvieron que hacer un compromiso espe-

cífico por el bienestar del Estado, por ejemplo, “tener siempre presente la alta vocación de los médicos soviéticos y la alta responsabilidad que tengo hacia mi pueblo y hacia el gobierno del Soviet” (65).

Admitiendo las obvias dificultades del acuerdo universal, sin algún fundamento de la ética médica en principios de comportamiento moral más allá de aquellas definidas por la ley y la costumbre social, la ética médica puede restringirse para así acomodarse a lo que el segmento de la sociedad que está en el poder pudiese desear. Pero si la ética médica permanece leal a su orientación primaria a la beneficencia, puede llegar a ser una de las pocas reservas morales de una sociedad secular y democrática, sin ser maleable por el capricho social, político o cultural. No estoy defendiendo un elitismo profesional. Más bien estoy defendiendo un conjunto de normas morales que surgen de la naturaleza misma de la actividad médica: sanar, ayudar, cuidar, etc.

Si la medicina fuera meramente un artefacto legal o cultural, la sociedad perdería una valiosa función social de la medicina como crítica de la sociedad. En esta clasificación, la medicina puede bien ir adelante de la sociedad en su condena a ciertos estilos de vida perniciosos, como por ejemplo fumar, abuso de drogas y alcohol, nuestra adicción a la violencia, a las armas, al exceso de televisión, a la vida sedentaria, a las dietas grasas y otras. La medicina nazi fracasó completamente en su función como crítica social al no protestar en contra de la política de Hitler de limpieza biológica y cooperó con el genocidio y la eliminación de los “no adecuados”. Las costumbres sociales no examinadas son tan peligrosas como las vidas individuales no examinadas. Demás está decir que, la medicina en sí, también debe esperar ser sujeto de vigilancia crítica.

RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIÓN

En este ensayo he revisado el problema de la complicidad moral y de la cooperación en un espectro de situaciones moralmente reprochables, como la participación en tortura y como el cumplimiento de funciones en medicina penal y forense. Problemas morales similares existen en esferas más mundanas de la práctica cotidiana aunque el grado y la clase de daño sea diferente. Tengo presente las situaciones progresivamente frecuentes en la medida que avanzamos hacia sistemas de “managed care” y a médicos actuando como agentes fiscalizadores y económicos. En estas situaciones, en un sentido real, los médicos llegan a ser funcionarios de un

sistema no necesariamente destinado a servir a los pacientes individuales, sino a la sociedad como un todo.

En estos sistemas, se espera que los médicos sean un guardián que decida en el micro – nivel qué pacientes deberán recibir un recurso limitado y cuáles no. Las indicaciones médicas, o sea, los tratamientos más efectivos, beneficios y menos onerosos, están sometidos a las exigencias de la restricción de gastos; y en los sistemas de salud con fines de lucro, a las exigencias de utilidad. El bienestar del paciente, la orientación primaria de la ética médica, entra entonces en conflicto con una política pública basada en la estadística más que en la moralidad individual.

A medida que entramos en las reformas del sistema de salud, podemos estar seguros que casi todas intentarán restringir costos alternando el comportamiento médico, principalmente limitando su discrecionalidad en las decisiones clínicas. Algunas de las restricciones estarán justificadas, pero otras crearán conflictos significativos con la ética médica tradicional. Estos temas necesitan un estudio más cuidadoso y crítico que los que pueden recibir en el actual clima de sobrevaloración de las soluciones económicas en los problemas de salud.

Los problemas éticos de complicidad moral y de “manos sucias” necesitan ser clarificados en estos puntos en los cuales convergen la ley, la convención social y la ética médica. Algunos dirán que la doble agencia nunca debe ser permitida; otros dirán que no hay un dilema real, dado que la ética médica sólo es un artefacto o instrumento de convección social; y otros dirán que el médico no tiene responsabilidad en las decisiones o actos de los legisladores. Estos puntos de vista no son responsables moralmente. No participar para nada es privar a la sociedad y a un gran número de personas de los beneficios potenciales del conocimiento médico; participar sin cuestionamiento moral es someter la conciencia así como la ética médica al propósito legal y político. Ninguna alternativa es defendible en las sociedades democráticas. Dichas sociedades son impulsadas a usar la experiencia médica confiable para satisfacer ciertas necesidades sociales, a la vez que protegiendo los derechos humanos y personales de sus ciudadanos. Este es particularmente el caso cuando aquellos ciudadanos son enrolados para operaciones militares, hospitalizados en instituciones psiquiátricas, o encarcelados por crímenes o sospechas.

Es indispensable tener alguna forma de calcular la distancia moral. ¿Cómo hacemos este cálculo? Decimos que debe hacerse con precaución y bajo condiciones

reguladas que definirán la integridad moral de la profesión y del médico en forma individual. Debemos estar extremadamente preocupados de aquellos pequeños compromisos y explicaciones que sutilmente nos llevarán progresivamente a violaciones mayores de los derechos humanos. Muchos de los compromisos equivocados, demasiada falta de sensibilidad para con nuestras complicidades morales, nos llevarán lentamente hacia una traición de la confianza que los pacientes no pueden depositar en nosotros. Como lo dice Camus, hacia la pérdida de nuestra humanidad: "... si usted continúa excusándose, eventualmente usted dará su bendición al campo de esclavos, a la fuerza cobarde, a los ejecutores organizados, al cinismo de los grandes monstruos políticos, usted finalmente, entrega a sus hermanos" (66).

RESUMEN

En la complejidad de las relaciones humanas del mundo moderno es a veces difícil evitar el conflicto entre el deber profesional y los intereses, dignidad o derechos de otros. En Medicina esta situación tiene características especiales pues se relaciona con la esencia misma de la profesión: su compromiso con el bien del paciente. Ejemplos de dilemas son las obligaciones de los médicos militares, la atención de deficientes mentales y condenados por la justicia, donde se presentan difíciles conflictos entre el interés del paciente y los de la sociedad. Otra situación compleja es la que plantean los sistemas de "managed care" donde el médico debe proteger los intereses económicos de las instituciones y al mismo tiempo responder a las necesidades del paciente. El profesional debe entonces actuar como doble agente y evitar la complicidad en acciones contrarias a la ética médica. Es necesario establecer una distancia moral que permita a los médicos decidir qué cosas deben hacerse, qué cosas nunca deben hacerse, y cuáles deben realizarse con cautela y bajo estrictas condiciones. Así se respetará la integridad moral de la profesión y la de cada médico individual.

REFERENCIAS

1. HIGGENBOTHAM, J. (Trans.) On moral obligations: A new translation of Cicero's De Officiis. *Berkeley, CA: University of California Press*, (pp. 153 – 154 and pp. 169 – 170) 1867.
2. STOCKER, M. Stocker, M. Plural and conflicting values (p. 50). *Oxford: Clarendon Press*, 1990.
3. FOOT, P. Medical realism and moral dilemmas. *Journal of Medicine and Philosophy*, 80, 379 – 398, 1983.
4. CHILDRESS, J.F. Dissociation from evil: The Case of human fetal tissue transplantation research. *Social Responsibility*, 16, 32 – 49, 1990.
5. WILLIAMS, B. Politics and moral character. In S. Hampshire (Ed.), *Public and Private Morality* (pp. 55 – 73). *New York: Cambridge University Press*, 1978.
6. SLOTE, M. Goods and virtues (pp. 77 – 109). *Oxford: Clarendon Press*, 1983.
7. WALZER, M. Political action: The problem of “dirty hands”. *Philosophy and Public Affairs*, 2, 160 – 181, 1973.
8. GRIESE, O.N. Griese, O.N. Catholic identity in health care: principles and practice (pp. 387 – 391). *Braintree, MA: The Pope John Center*, 1987.
9. BLOCHE, M.G. Uruguay's military physicians, cogs in a system of terror. *Journal of the American Medical Association*, 225 (20), 2788 – 2793, 1986.
10. CAPLAN, A.L. (Ed.). *When medicine met mad*. *Totowa, NJ: Humana Press*, 1992.
11. CARTER, J. Carter, J. Physicians and human rights. *Journal of the American Medical Association*, 225 (19), 2798, 1985.
12. GALLAGHER, H.G. Gallagher, H.G. *By trust betrayed*. *New York: Henry Holt*,

1990.

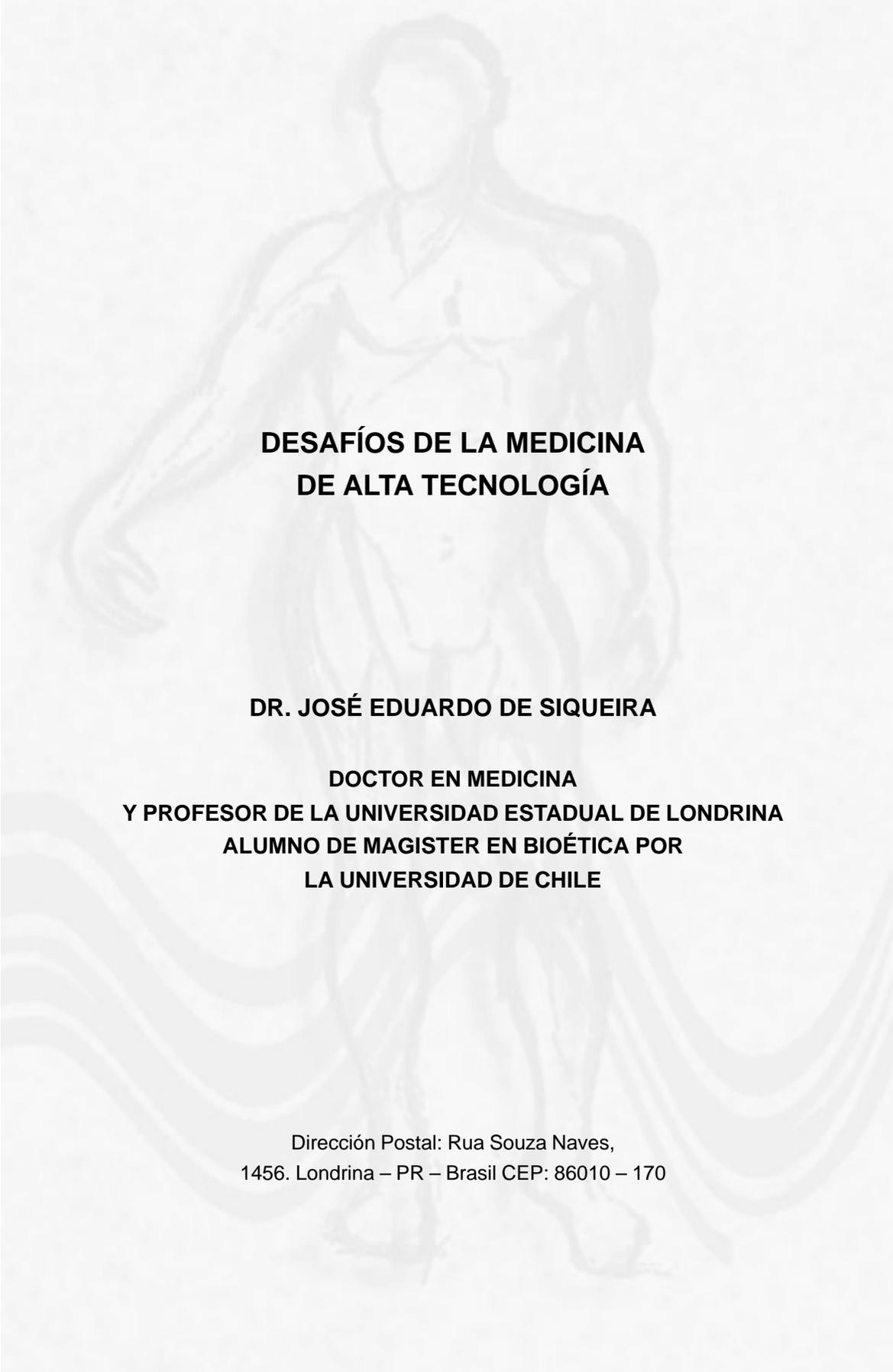
13. LIFTON, R.J. Lifton, R. J. The Nazi doctors. *New York: Basic Books*, 1986.
14. MARTIRENA. The medical profession and problems arising from the implication of physicians in acts of torture in Uruguay. *Danish Medical Bulletin*, 34 (Supplement 4), 194 – 196, 1987.
15. PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL SYMPOSIUM. Torture and the medical profession. *Journal of Medical Ethics*, 17 (Supplement), 3 – 64, 1991.
16. PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL MEETING (Copenhagen, 1986). Doctors, ethics and torture. *Danish Medical Bulletin*, 34 (Supplement 4), 185 – 216, 1987.
17. RASMUSSEN, O.V. Rasmussen, O.V. Rasmussen, O.V. Medical aspects of torture. *Danish Medical Bulletin*, 37 (Supplement 1), 1- 88, 1990.
18. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. The participation of doctors in human rights abuses. *Report of a workingparty*. London, 1992.
19. JONSEN, A.R. & SAGAN, L.A. Torture and the ethics of medicine. In E. Stover and E. Nightengale (Eds.), *The breaking of bodies and minds* (pp. 30 – 44 and 55). New York: Freeman Press, 1985.
20. PELLEGRINO, E.D., & THOMASMA, D.T. Pelligrino, E.D., & Thomasma, D.T. For the patient's good: The restoration of beneficence in health care. *New York: Oxford University Press*, 1988.
21. CROZIER, B., Crozier, B. A theory of conflict. *New York: Scribner*, 1975.
22. PELLEGRINO, E.D. Rationing health care: The ethics of medical gatekeeping. *The Journal of Contemporary Health and Policy*, 2, 23 – 45, 1986.
23. PELLEGRINO, E.D. Altruism, self – interest, and medical ethics. *Journal of the American Medical Association*, 258 (14), 1939 – 1940, 1987.

24. HOWE, E.G. Ethical issues regarding mixed agency of military physicians. *Social Science Medicine*, 23 (8), 803 – 815, 1986.
25. MATTHEWS, L.S. & BROWN, D.E., The parameters of military ethics. *Washington, DC: Pergamon Brassey's*, 1989.
26. FOTION, N., & ELFSTORN, G. Military ethics (pp. 66 – 64). *Boston: Routledge & Kegan Paul*, 1986.
27. STEINFELDS, M.O., & LEVINE Eds. Conference transcript: In the service of the state: The psychiatrist as double agent. *Hastings Center Report*, 8 (2) (Special Supplement), 8, 1978.
28. WASHINGTON v HARPER 110 S. Ct. 1028 (1990) (pp. 1040 and 1043).
29. ASHLEY, B.M. & O'ROURKE, K.D., Health care ethics (pp. 184 – 188). St. Louis, MO: *The Catholic Health Association*, 1989.
30. APPELBAUM, P.S. Psychiatrists' role in the death penalty. *Hospital and Community Psychiatry*, 32 (11), 761 – 762, 1981.
31. EDWARDS, R.B. *Psychiatry and ethics*. Buffalo, NY: Prometheus Books, 1982.
32. AMERICAN CORRECTIONAL HEALTH SCIENCES ASSOCIATION. Position Statement, September 22, 1991.
33. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, House of Delegates Resolution 109.
34. FOURTH WORLD CONGRESS ON PRISON HEALTH, Resolutions, 1991
35. THIRD WORLD CONGRESS ON PRISON HEALTH CARE. Resolution III, 1988.
36. CALIFORNIA MEDICAL ASSOCIATION NEWS BUREAU. CMA Statement regarding impeding execution. *News Release* (August 1, 17, 1993). San Francisco.
37. BONNIE, R.J. Medical ethics and the death penalty. *Hastings Center Report*, 20

- (3), 12 – 18, 1990.
38. CASSCELLS, W., & CURRAN, W. J. Doctors, the death penalty, and lethal injections. *The New England Journal of Medicine*, 307 (24), 1532 – 1533, 1982.
39. CURRAN, W.J., & CASSCELLS, W. The ethics of medical participation in capital punishment by intravenous drug injection. *The New England Journal of Medicine*, 302 (4), 226 – 230, 1980.
40. SARGENT, D.A. Treating the condemned to death. *Hastings Center Report*, 16 (6), 5 – 6, 1986.
41. DANKERS, U.F. State executions and the physician. *Chicago Medicine*, 9 (5), 12, 1991.
42. ANDENAES, J. Punishment and deterrence. Ann Arbor: *The University of Michigan Press*, 1974.
43. BLUMSTEIN, A., COHEN, J., & NAGIN, D. Deterrence and incapacitation. *Washington, DC: National Academy of Sciences National Research Council*, 1978.
44. HOOD, R. The death penalty. A world – wide perspective. *Oxford: Clarendon Press*, 1989.
45. WEICHMAN, D., GREEN, & BAE, R. The death penalty: A study in general deterrence. In S.S. Nagel Ed., *Research in law and policy studies*, 1, 187 – 194. *Greenwich, CT: JAI Press, Inc.*, 1987.
46. BLOCH, S., & CHODOFF P, (Eds.). *Psychiatric ethics*, New York: *Oxford*, 1981.
47. SILFEN, P.H. Prison – psychiatry: Medical or correctional discipline? *Medicine and Law*, 4 (3), 239 – 250, 1985.
48. WARD, B. Competence for executive problems in law and psychiatry. *Florida State University Law Review*, 14 (t), 3 – 5 – 107, 1986.
49. PARRY, J.W. Parry, J. W. The Court's role in decision – making involving incompetent

- refusals of lifesustaining care and psychiatric medications. *Mental and Physical Disability Law Reporter*, 14 (6), 468 – 476, 1990.
50. SALGUERO, R.G. Medical ethics and competency to be excused. *Yale Law Journal*, 96 (1), 167 – 186, 1986.
51. KATZ, DAVID L. Katz, David L. Perry v. Louisiana: Medical ethics on death row – Is judicial participation warranted? *Georgetown Journal of Legal Ethics*, 4 (3), 703 – 729, 1991.
52. GUTTMANN, R. D. On the use of organs from executed prisoners. *Transplantation Reviews* 6 (3), 189 – 193, 1992.
53. HARTLE, A.E. Moral issues in military decision – making. Kansas: *University Press of Kansas*, 1989.
54. HOWE, E.G. Medical ethics – Are they different for the military physician? *Military Medicine*, 146 (12) 837 – 841, 1981.
55. HOWE, E.G., & MARTIN, E.D. Treating the troops, *Hastings Center Report*, 2 (2), 21 – 3 5. Illinois Medical Practice Act & 4400 – 22 (19). *Illinois State Law Chapter* 38, 119 – 5, 1991.
56. VASTYAN, F.A. Warriors in White: Some questions about the nature and mission of military medicine. *The Humanities and Medicine*, 32 (1), 327 – 342, 1974.
57. AUSTER, S.L. Confidentiality in military medicine. *Military Medicine*, 150 (7): 341 – 346, 1985.
58. HOFFMAN, K. Mandatory HIV testing and the duty to screen. *Military Medicine*, 155 (5), 5 – 201, (1990).
59. COHEN, A., & LEE, S. (EDS.). Nuclear weapons and the future of humanity: The Fundamental Questions. *Totowa, NJ: Rowman & Allanheld*, 1986.
60. LANGER, E. The court martial of Captain Levy: *Medical ethics vs. military law. Science* 156 (780), 1346 – 1350, 1991.

61. PELLEGRINO, E.D. Intersections of western biomedical ethics and world culture: Problematic and possibility. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (3), 191 – 196, 1992.
62. ILLINOIS STATE LAW. Chapter 38, 119 – 5. JONSEN, A.R. & SAGAN, L.A. Torture and ethics of medicine. In E. Stover and E. Nightengale (Eds.), *The breaking of bodies and minds* (pp. 30 – 44 and 55). *New York: Freeman Press*, 1985.
63. SAN QUENTIN INSTITUTION, *Procedure* N° 769.
64. U. S. Justice Department. Notice, *Federal Register* – January 19, 1993.
65. THE OATH OF SOVIET PHYSICIANS. *Aporoved by the Presidium of the Highest Soviet of the U.S.S.R.*, Marzo 26, 1971.
66. CAMUS, A. Resistance, rebellion, and death (p. 230). (J.O' Brien, Trans.). *New York: Alfred Knopf & Co.*, 1961.



**DESAFÍOS DE LA MEDICINA
DE ALTA TECNOLOGÍA**

DR. JOSÉ EDUARDO DE SIQUEIRA

**DOCTOR EN MEDICINA
Y PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD ESTADUAL DE LONDRINA
ALUMNO DE MAGISTER EN BIOÉTICA POR
LA UNIVERSIDAD DE CHILE**

Dirección Postal: Rua Souza Naves,
1456. Londrina – PR – Brasil CEP: 86010 – 170

SUMMARY

This text pretends to show how the technology severly changed the medical activities in the modernity. Since the medical – patient relationship until the clinical aplicability, new medical technology needs to be submitted not only to a special evaluation, but, above all, a ethical reflexion. The Bioethics presentation is like a privileged forum to reach that purpose.

RESUMO

Em meio às enormes mundaças ocorridas na sociedade moderna, as variáveis atinentes a atenção à saúde assumiram características muito particulares que culminaram em dramáticas mudanças no relacionamento médico – paciente e, por consequência, nos cuidados prestados ao enfermo como pessoa humana integral. O inexorável avanço para as subespecializações e o uso indiscriminado de novas tecnologias descatacterizaram indelevelmente a arte médica. Por outro lado, a introdução na prática diária de procedimentos de alto custo aumentou, de maneira significativa, os excluídos de tais benefícios, o que é particularmente marcante na América Latina. Assim, muitos países, em função dos escassos recursos disponíveis para saúde, optaram por limitar a oferta desses avanços científicos a parcelas diminutas da população. Dá decorrem dilemas éticos crucias na tomada de decisões clínicas. Imprescindível é, portanto, que o médico tenha formação adequada para enfrentar esses candetes problemas. Nesse sentido, a Bioética se apresenta como um fórum multidisciplinar privilegiado para a busca de soluções que atendam o equilíbrio entre a autonomia de pacientes e médicos sem deixar de contemplar a justiça social.

1. UN BREVE PERFIL DE LA SOCIEDAD MODERNA

Aristóteles entendía la Política como una doctrina segura para alcanzar la sociedad justa, la representaba como una extensión natural de la Ética.

Con Maquiavelo la Política incorporó la característica de “Razón de Estado”, lo que se traducía literalmente como Razón Estratégica, o como bien interpretó el filósofo contemporáneo José Luis Arangúren, que percibió la política como una continuación de la guerra por otros medios. La política hoy pasó a ser el arte de administrar conflictos y la conflictividad es la marca registrada de la Sociedad Moderna. Tanto más compleja la realidad social, mayores los conflictos. Convivimos con esa tesis tranquilamente, sin embargo, nos sobresalta el creciente desequilibrio entre el número de conflictos y sus no correspondientes soluciones. En el campo sanitario crecen peligrosamente los conflictos insolubles, aproximándose al punto de desintegración y descrédito de los Sistemas Oficiales de Salud de diferentes países, lo que no incluye a los más ricos. Ejemplo de esto es una pesquisa de opinión pública realizada en 1990 en diez países del primer mundo, que destinan grandes inversiones para la salud y que obtuvieron bajísimos índices de aprobación por parte de los usuarios. Los programas gubernamentales de los Estados Unidos e Italia recibieron el 10% y 12% respectivamente de aceptación popular (1). ¿Cómo es posible que la sociedad norteamericana esté insatisfecha con la asistencia médica, siendo el país generador y exportador de la más moderna y sofisticada tecnología en medicina? Se sabe que los Estados Unidos de América demoraron 43 años (1938 – 1981) para lograr el primer billón de dólares invertidos en salud; el segundo billón fue alcanzado en apenas cinco (1981 – 1986). Con tantos recursos invertidos parece inexplicable la decepción popular. Los americanos buscan una solución para el programa oficial Medicare que tiene su insolvencia prevista para el año 2002. Entre 1992 y 1993 el número de jóvenes norteamericanos sin ningún tipo de seguro de salud alcanzó la impresionante cifra de 1,1 millones, siendo 922.000 de ellos menores de 18 años (2).

No obstante, las altísimas inversiones ya mencionadas en los Estados Unidos ocupan, en el “ranking” mundial de naciones, el decimonoveno lugar en tasas de mortalidad infantil y el vigésimo primero en expectativa de vida para los hombres. La Sociedad Moderna necesita ser repensada. Es una tarea para todos, pero de manera especial es un desafío para los filósofos, ya que están agotadas las propuestas de

los economistas y demás tecnócratas. Felizmente para la humanidad, los filósofos salen hoy de sus despachos y se inclinan sobre los graves problemas de la modernidad. La Bioética, campo de la ética aplicada, se presenta como un camino obligatorio que debemos recorrer de ahora en adelante para encontrar soluciones sensatas para la Salud.

Julio de Zan, analizando el momento socio – cultural en que vivimos, recuerda la propuesta de Habermas para alcanzar la justicia social con imparcialidad: “solamente bajo las presuposiciones comunicativas de un discurso ampliado, o abierto universalmente, en el cual pueden tomar parte todos los posibles afectados, se constituye en la más elevada intersubjetividad y en el entrecruzamiento de las perspectivas de cada uno con las de todos” (3).

En resumen, no más soluciones de despachos. El “economés” sustituido por el lenguaje corriente de los hombres. No busca el filósofo con esa propuesta, es obvio, un colectivismo anárquico y ultrapasado, sino reconstruir la ética comunitaria que está prisionera de un poder burocrático gerencial, regido por una racionalidad estratégica que contempla solamente el juego competitivo del mercado. Disueltos los vínculos comunicativos fundados en valores y en la tradición cultural, todos los sistemas normativos de convivencia social entrarán en crisis. Las acciones sociales no son mediadas por criterios de validez intersubjetivos, pero sí por éxitos en el proceso competitivo. En este teatro del absurdo, vence un personaje sin rostro que maniobra con habilidad las variables económicas del mercado y no la cara sufrida del ser humano. No hay lugar para argumentos en favor de la justicia y de la legitimidad. Se vive la cultura de la competencia, la ley del más fuerte que derribó todas las barreras morales de la sociedad. Hijo legítimo de esa cultura es el monstruo, bastante presente en la fauna de los países latinoamericanos en especial, que es conocido por el nombre de corrupción. Imaginen qué condición de perplejidad dominaría el sabio Aristóteles mirando ese perverso monstruo ser alimentado por las manos de nuestros políticos.

2. RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE: LA INTROMISIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Un interesante análisis efectuado por el Prof. Greenlick de la Universidad de Óregon compara las acciones de los médicos en los años 1935, 1985 y 2005. Hace patente el progresivo cambio del modelo liberal de la década del 30, cuando la profesión era ejercida en consultorios con mínima tecnología, hacia la atención actual, realizada en hospitales con sofisticados equipamientos y casi nulos lazos de relación entre

médicos y pacientes. Para el año 2005, pronostica el autor, un profesional cercado de aparatos de altísima tecnología e irreversiblemente alejado de la atención individual de los pacientes (4). Se pasó rápidamente del modelo liberal a la medicina tecnológica y empresarial. En la ciudad de São Paulo, por ejemplo, ya en los años 70, la actuación exclusiva en consultorios privados representaba sólo 8,4% de las formas de inserción del médico en el mercado de trabajo, llegando en 1980 a 5,6% (5).

La medicina pasa a ser ejercida en base a nuevas reglas extraídas del espíritu de la racionalidad moderna, lo que produce graves rupturas no solamente en la relación médico – paciente, sino también en el cuidado del propio ser humano enfermo. Se abandona la figura del individuo enfermo y se busca sólo la enfermedad presente en alguna parte del cuerpo. El órgano enfermo se transforma en el objeto exclusivo de la atención médica. Se busca obsesivamente la instancia primordial, se profundiza en la búsqueda de lo celular, de lo molecular, del DNA, en fin, del código de la vida. La intervención del médico migra del mundo del paciente a un universo impersonal lleno de equipamientos, que pertenece a una entidad llamada hospital, guiada por una gran empresa o por el todo poderoso Estado. La legitimidad de la investigación se desplaza del profesional aislado a un complejo de alta tecnología, en el cual el empuerqueñado doctor, de una manera caricaturesca, hace recordar al obrero vivido por Charles Chaplin en “Tiempos Modernos”. Hay una tendencia irreversible a la especialización, subespecialización y los médicos son poco consultados en la formulación de las políticas nacionales de salud.

Surge así una “nueva ciencia”, en la que la elaboración subjetiva del diagnóstico de las molestias, antes de la competencia del médico, es sustituida por valores provenientes de la técnica. La medicina adquiere aires de verdadera ciencia. Disminuye enormemente la maestría en obtener anamnesis elucidativas, el examen físico detallado se transforma en práctica tediosa y ultrapasada delante del poder inagotable de informaciones obtenidas por aparatos. Lo que era complementario ahora es esencial. ¿Por qué palpar determinadamente un abdomen si el ultrasonido revela detalles de minúsculos cálculos vesiculares? ¿Por qué auscultar atentamente un corazón si el electrocardiograma o la cintigrafía del miocardio proporcionan informaciones exactas de la anatomía y fisiología de la “bomba cardíaca”?

La medicina tecnológica estudia la “enfermedad” hasta puntos que el paciente no la percibe. ¿Quién sabe cuántas vesículas biliares han sido extirpadas teniendo como

guía exclusivo el ultrasonido abdominal? Se produce una verdadera revolución de los métodos diagnósticos y terapéuticos. La nueva orden científica concibe una medicina ejercida progresivamente con menos participación del paciente como sujeto. La incorporación de una tecnología impersonal reduce los momentos de expresiones de subjetividad y de evaluaciones de las variables socioantropológicas. Los pacientes pasan a ser repartidos en clientelas según estratificaciones sociales y diferentes tipos de seguros de asistencia médica. Naturalmente, se pasa a ofrecer atención médica en consonancia con el plan de salud de cada asegurado. Unos tendrán acceso a toda la tecnología disponible, mientras otros recibirán poco o nada. De un lado la medicina de alto costo, reservada a parcelas cada vez más reducidas de la sociedad y de largas e interminables colas de desposeídos y, por lo tanto, desasistidos. Se descaracteriza profundamente el arte médico, pues se han quebrantado sus fundamentos originales que tenían en el binomio médico – paciente una relación intersubjetiva plena. La medicina tecnológica altera la fase de elaboración del diagnóstico y, en el mismo sentido, el acto terapéutico. El verdadero médico no es más aquel que cuida al paciente, sino quien cura la enfermedad. Los inagotables recursos terapéuticos producidos por una ávida Industria Farmacéutica superada. La medicina será ejercida cada vez más por especialistas en áreas cada vez más pequeñas del conocimiento. Sub – especialistas y alta tecnología son las características de la medicina moderna, que es entronizada como “Medicina Científica”. El dios – tecnología dislocó la esfera del poder y así los pacientes no se someten más a la figura personal del médico y en cambio sobreviene una subordinación impersonal al nuevo saber científico. Se confía en la medicina tecnológica y se duda de los médicos. Ejemplos vivos de los procesos de “malpractice” en curso en los Estados Unidos se refieren al uso insuficiente o inapropiado de técnicas diagnósticas (4). Lejano está el tiempo en que el estetoscopio en el cuello significó un símbolo de autoridad. La supuesta neutralidad de la “nueva ciencia”, no admitiendo límites en sus fines, genera un grave problema ético que es expuesto por Berlinguer de la siguiente manera: “la velocidad con que se pasa de la investigación pura a la aplicada es hoy tan alta que la permanencia, aunque por breve tiempo, de errores o fraudes puede provocar catástrofes” (6). El encuentro del equilibrio para que la Medicina Moderna logre promover nuevamente la aproximación del médico y el paciente todavía está lejano. La intromisión de las tecnologías entre ambos fue tan grande y profunda que los desafortunados protagonistas ni siquiera se tocan, cuando no llegan a ser virtuales enemigos.

3. **TECNOLOGÍA: COSTOS Y ACCESO**

La meta “salud para todos en el año 2000” proclamada por la Organización Mundial de la Salud, parece algo inalcanzable, particularmente para los países de la América Latina que presentan una de las mayores tasas de desigualdad social del mundo.

Según el Boletín de Informes de 1995 de la Organización Panamericana de la Salud “los cambios socioeconómicos han reducido marcadamente la capacidad de las instituciones sanitarias para distribuir, en debida forma, servicios equitativos a los segmentos vulnerables de la población, lo que ha llevado a primer plano el problema de la falta de equidad y la búsqueda de su solución. Los datos muestran que la disponibilidad de la atención médica es menor cuanto menor el P. N. B. ‘per cápita’ del grupo de los países” (7). El volumen 333 de la revista “The New England Journal of Medicine” de 1995 publica dos artículos sobre el Sistema de Salud Norteamericano dando cuenta de:

- a) Una probable futura insolvencia del Medicare, que aunque registra un incremento del 10% en gastos médicos en 1994, comparado con el sistema de atención privada que creció tan sólo 5%, en el mismo período no logró ofrecer mayor asistencia médica (8).
- b) En un artículo con el sugestivo título: “Our Ailing Public Hospitals. Cure them or Close them”, se muestra que a partir de 1970 hubo una progresiva reducción del número de hospitales públicos americanos de 1800 a los actuales 1390 (9). ¿Cómo interpretar estas ocurrencias en los E.A.U., país con la mayor renta “per cápita” del mundo y campeón de las inversiones en investigación y desarrollo tecnológico? Se invierte allá en investigación el 2,9% del PIB. Para tener noción de lo que esto representa, basta saber que Brasil, a lo largo de la década del 80 tuvo una inversión en investigación que osciló entre 0,4% y el 0,6% de su PIB, lo que está dentro del índice promedio de América Latina que es de 0,6%.

Recientemente se estimó en 50.000 el número de científicos trabajando en Brasil. Este índice es dieciocho veces menor del registrado en los Estados Unidos, que es el principal centro de poder científico y tecnológico del planeta y sigue siendo el responsable de la definición de las tendencias de avances de la ciencia a nivel mundial. A pesar de estas enormes inversiones económicas, menos de la mitad de la

Desafíos éticos de las medicina de alta tecnología
población americana tiene pleno acceso a los servicios de atención de salud.

Para ilustrar cómo el acceso de los modernos progresos tecnológicos en salud está más allá de las racionalidades técnico – científicas y de las inversiones económicas, reunimos en la tabla indicadores de los E.U.A. y de algunos países de América Latina y El Caribe. Estos índices parecen mostrar que, una vez garantizada la inversión adecuada en recursos humanos e instalaciones físicas, es más efectivo un sistema que permita una mayor cobertura para los procedimientos básicos y adopte algún tipo de criterio racionalizador para la utilización de fórmulas más onerosas, en comparación con aquel en el cual se incurre en gastos muy elevados para enfermedades específicas, mientras persisten considerables grupos de la población sin acceso al Sistema como un todo.

**TABLA: ALGUNOS INDICADORES DE LOS SISTEMAS
DE SALUD DE PAÍSES AMERICANOS**

Países índices	EUA	ARGENTINA	CHILE	CUBA
Gastos con Salud (% PIB)	12,4	8,2	2,6	-
Población con acceso a los Sistemas de Salud (%)	50	71	97	100
Esperanzas de vida para los hombres (años)	72	67,3	68,1	73,5
Esperanza de vida para las mujeres (años)	78,8	74	75	77
Coefficientes de mortalidad infantil (por 1000 N.V.)	9,1	31	20	11

Fuente: Revista «Saúde em debate», n° 46, marzo 95, página 34 a 43, editada por el Centro Brasileño de Estudios en Salud.

Para muchos países, el único camino capaz de compatibilizar atención médica costosa y recursos limitados consiste en privar a una parte de la población, por razones exclusivamente económicas, del acceso a los avances tecnológicos de la medicina; son conocidas, por ejemplo, las directrices de muchos países que niegan la hemodiálisis y los trasplantes de órganos a personas de edad avanzada o/a portadoras de enfermedades degenerativas. ¿Cuál sería la conducta ética frente a la escasez de recursos en el área de la Salud? Ésta parece ser una pregunta que no tiene respuesta única y satisfactoria. En los E.U.A., donde se honran mucho los derechos individuales de las personas, se enfrentan serios problemas por esta especie de dictadura de lo individual sobre lo colectivo. Así, cuando en el Estado de Oregon se decidió interrumpir el pago de trasplantes de órganos, mientras todas las personas que vivían por debajo del nivel de pobreza no recibiesen los cuidados básicos de salud, hubo una enorme ola de protestas que encabezaron las noticias de los principales diarios americanos que hasta que, finalmente, la medida fue revocada.

Otro aspecto crucial, del punto de vista ética, es el establecimiento de criterios para que se escoja un paciente en detrimento de otro para recibir el beneficio de un procedimiento de alto costo. Una defensa del utilitarismo contra la elección aleatoria del beneficiado fue propuesta por el Profesor de Filosofía de la Universidad de Michigan, Ralph Forsberg, al responder al Profesor James Childress, defensor de la aleatoriedad. Forsberg crea un hipotético caso en que sólo un paciente podría recibir un único riñón disponible para trasplante. Los competidores serían, un célebre científico (Dr. Koop) y un cesante (“haspless hobo”). Considera Forsberg irracional la eventual opción por el vagabundo y concluye que al elegir aleatoriamente circunstancias similares es lo mismo que “decidir por no decidir” (10). ¿Qué método de decisión adoptar y, quién debe tener tanta autoridad? Hoy en muchos países son los médicos quienes deciden y lo hacen buscando beneficiar al mayor número de pacientes. Solamente quien conoce el sufrimiento de optar por un paciente dejando a otro privado de asistencia y con riesgo de morir, sabe evaluar lo difícil y cruel que resulta exigir tal hecho a un profesional que fue educado para salvar vidas y no para favorecer la muerte.

Otra situación aún abierta al debate es la que se llama convencionalmente futilidades terapéuticas en situaciones de escasos recursos. Es el caso de la recuperación de paros cardio respiratorios en ciertos enfermos. La tecnología moderna posibilita

mantener bajo control los signos vitales de un enfermo casi indefinidamente. Muchos consideran una actitud desproporcionada la reanimación de ciertos enfermos, por derrochar en una situación de remota expectativa de vida, una gran cantidad de recursos que podrían beneficiar a otros enfermos de mayor viabilidad. Es menester que se diga, sin embargo, que las decisiones médicas de negar ciertos cuidados denominados fútiles, necesitan siempre basarse en ponderaciones con sólidas fundamentaciones científicas.

Actitudes rígidas en esas circunstancias pueden conducir a errores irreparables. Parece poco sensato no proporcionar algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos fundados exclusivamente en la edad del paciente. Es lo que sería, por ejemplo, negar cuidados intensivos a un recién nacido de prematuridad extrema o de una cirugía de revascularización miocárdica a pacientes octogenarios.

4. TECNOLOGÍA: USOS Y ABUSOS

Sería pura estulticia cuestionar los beneficios obtenidos por la humanidad con los avances tecnológicos alcanzados por la medicina moderna. Resulta suficiente mencionar las precisas informaciones logradas por los modernos tomógrafos, por la resonancia nuclear magnética, por la medicina nuclear e incluso el amplio uso del ultrasonido como método diagnóstico. Son extraordinarios el valor de la mamografía en la detección precoz del cáncer de mama, las detalladas informaciones obtenidas por la endoscopia digestiva y por las cineangiografías, las cirugías hechas por videolaparoscopia, las microcirugías y los procedimientos con empleo de la robótica que hicieron casi inexistente la distancia entre la realidad y la ficción. Es por lo tanto innecesario expresar elogios a la moderna tecnología. Lo que parece imprescindible, sin embargo, es reconocer el uso inadecuado de ese costoso aparataje. Un ejemplo perverso de la utilización de la informática médica fue apuntado por Woodward al relatar un hecho ocurrido en Maryland, en el cual veinticuatro personas vendieron informaciones de pacientes extraídas de las observaciones clínicas almacenadas en la base de datos del Sistema Medicare. Las justificaciones de los compradores de las informaciones variaban desde la simple curiosidad hasta intereses sexuales, de venganza, etc. (11). Existe un movimiento por parte del Comité de Ética de la Asociación Médica Británica teniendo en mente proteger el sigilo de la información de los pacientes y amenazando un boicot al sistema de cadenas de computación del gobierno. En los E.U.A., también se está proponiendo una legislación que permitiría al paciente seleccionar las informaciones que desea que sean

almacenadas en la memoria de los computadores de los hospitales.

Un problema de mayor importancia es el representado por la transferencia de tecnología del primer al tercer mundo. ¿Cómo detener este flujo en un mundo tan globalizado como el actual? Lo que parece un asunto simple, ofrecer los avances científicos a todo ser humano independientemente de su país de origen, en verdad no lo es.

Los profesores Steffie Woolhandler de Cambridge y Boris Labar del Hospital Rebro de Zagreb relatan la instalación en esa ciudad en los años 80 de un Centro de Transplantes de Médula Ósea y cuestionan: “¿Fue una decisión insensata o una opción menos dañosa?”. La duda se justifica, pues el costo de un transplante tenía un presupuesto de US\$ 100.000; y considerando la posibilidad de diez procedimientos por año, el beneficio proporcional a diez enfermos resultaría en un gasto de un millón de dólares. Tomando en cuenta que la mortalidad infantil en esa región de Yugoslavia era de 40/1000 nacidos vivos, lo razonable tal vez sería construir maternidades que exigirían mucho menos recursos con un número incomparablemente mayor de beneficios (12).

La transferencia de tecnología de los países del primer mundo al tercer mundo, además con frecuencia se realiza por caminos poco ortodoxos. La venta de un equipamiento costoso y de utilidad dudosa a países subdesarrollados es facilitada por la enorme corrupción y vanidad de algunos hombres públicos que detentan el poder de decisión y tienen ojos para ver las prioridades reales de atención de salud de la población. Así, en el inicio de la década de los 90, algunos hospitales brasileños adquirieron lo que sería lo más moderno y eficiente en equipamiento para el tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata. El aparato utilizaba el principio de la termoterapia y costaba aproximadamente un millón de dólares. Los resultados terapéuticos fueron tan escasos que, pasados pocos años, ya se considera una metodología desechada para el tratamiento de adenoma prostático. Por una suma estratoférica para nuestros padrones, adquirimos una carísima chatarra y dejamos de invertir en cuidados preventivos que podrían modificar la escandalosa y vejatoria tasa de mortalidad materno – infantil de nuestro país. Se puede también citar los aparatos para litotripsia biliar y renal, también de costos elevadísimos y cuestionable eficacia.

Curiosamente, mientras los países del primer mundo se defienden de esos abusos,

en América Latina todavía se hace poco. En los E.A.U., por ejemplo, el famoso Informe Belmont de 1978 estableció criterios rígidos de protección a los individuos sometidos a investigación biomédica. En Brasil sólo recientemente, gracias al enorme esfuerzo del Consejo Nacional de Salud y de manera muy especial, del Presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética, se consiguió aprobar dos normas fundamentales: una que reglamente la investigación en seres humanos y otra que crea una Comisión Nacional de Ética en Investigación. Un estudio realizado en ocho hospitales de Inglaterra analizando las solicitudes de estudios radiológicos y anatomopatológicos para evaluar un pequeño número de enfermedades, reveló una enorme variedad de conductas, más dependientes de la decisión de cada médico que de criterios científicos de consenso (13). En nuestro medio esto es muy común y exige a los profesionales de salud una reflexión que contemple la racionalización de gastos, pues vivimos permanentemente en una economía de escasez.

Como médico, sé que a menudo se argumenta a favor de la libertad del clínico para establecer sus normas propias de investigación. Pienso que el ejercicio de la ciudadanía nos obliga – resguardadas las medidas de seguridad para los pacientes – a actuar con economía en el uso de los recursos para la investigación clínica. El profesor Eric Kaplan, del Servicio de Anestesia del Hospital de la Universidad de California (Los Angeles), estudió 6.200 análisis bioquímicos realizados en 2.000 pacientes que serían sometidos a cirugías electivas y concluyó que el 60% de los exámenes eran innecesarios (14). Más graves aún son las indicaciones incorrectas de algunas intervenciones. La evaluación de 382 implantes de marcapasos cardíacos realizados en treinta hospitales de Filadelfia, mostró que 77 pacientes no cumplían con las indicaciones clínicas necesarias para que recibieran los aparatos (15). Un estudio realizado en tres grandes centros norteamericanos que realizan endoscopia digestiva, evidenció que el 17% de un total de 1.969 procedimientos, la indicación del examen fue considerada innecesaria e incorrecta (16).

En los últimos diez años muchos países pasaron a buscar, en conferencias de consenso, el método adecuado para la evaluación de las nuevas tecnologías en medicina. Así, por ejemplo, el Centro Nacional de Tecnología en Salud de los Estados Unidos consiguió economizar millones de dólares para el Programa Medicare (17). La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard estimó la economía realizada en diez años por la no destinación de recursos en algunos procedimientos: 130 millones de dólares en fotografía de células endoteliales, 146 millones de dólares en la proposición de diálisis para tratamiento de la esquizofrenia, 477 millones

con la ceratotomía radial para tratamiento de la miopía (18). De la misma manera, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California relacionó las economías realizadas en 1981 por la decisión de no invertir recursos en tres procedimientos médicos que se habían propuesto: 6 a 20 millones en uso doméstico de oxígeno; 87 a 97 millones de dólares en monitorización de marcapasos cardíacos por teléfono; 10 a 15 billones de dólares para el tratamiento de la artritis reumatoide por plasmaferesis (18). Se aprecia así, que se torna necesario que todos los países formulen políticas que puedan controlar las inversiones en nuevas tecnologías, primordialmente los del tercer mundo.

Para concluir el análisis de este tópico, reanudo las palabras iniciales para enfatizar los enormes beneficios que los avances tecnológicos en medicina han significado para la humanidad. Se hace necesario, sin embargo, una evaluación sistemática y criteriosa de cualquier nuevo procedimiento. Identificar sus aplicaciones y beneficios cuando se comparan con los ya existentes. Para los profesionales más jóvenes, juzgo imprescindible que cultiven el espíritu crítico y resistan a los encantos ejercidos por los nuevos equipamientos y por sus sagaces vendedores.

5. BIOÉTICA Y TECNOLOGÍA

Las últimas palabras de Diego Gracia en el artículo: “¿Qué es un Sistema Justo de Servicios de Salud? Principios para la asignación de recursos”, publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, merecen una atención especial de aquellos que trabajan en Bioética. Dice el autor: “En los temas relacionados con la justicia distributiva sanitaria, la ética parece haber desatendido a la economía y a la política, y éstas por su parte han decidido prescindir de aquella, cuando no suplantarla” (19).

Por lo tanto, es tarea de los bioeticistas recomponer la armonía entre ética, economía y política. Esto puede a veces llegar a lo utópico, pues se busca nada menos que, alcanzar el ideal de la justicia en la sociedad humana. Añade que la solidaridad entre los hombres necesita ser entendida como condición complementaria a la idea de justicia. Así, la Teoría de la Justicia de Rawls y de la Comunicación de Habermas pretenden conducir el camino hacia la construcción de una sociedad más justa basada en la solidaridad y respeto entre los hombres. Percibimos, todavía, que la simetría total de los participantes en un proceso de comunicación como el sugerido por Habermas, es algo intangible y, en la práctica, lo que se observa son soluciones no siempre justas ni favorables a los más débiles. Situaciones que en el campo de la

salud son desastrosas.

Lo que parece indiscutible para la mayoría, sin embargo, es que debemos desconsiderar el modelo liberal, como fuente de soluciones justas. Los cuidados de la salud no pueden figurar como simples variables de las leyes del mercado. Necesitamos partir de la suposición que, siendo la salud un bien fundamental, el acceso a los cuidados médicos debe ser universal. No se construye un verdadero Estado Social de Derecho sin una justa distribución de recursos en el campo sanitario. El principio de las diferencias individuales, sin embargo, no es incompatible con la construcción de una sociedad justa y solidaria. Pluralidad de los hombres y justicia social pueden y deben convivir juntas.

En el primer Congreso Mundial sobre los cambios de valores sociales y políticos realizado en 1993, en Madrid, se identificó como una tendencia de los tiempos modernos lo que se convino en llamar “ética de la realización”. Sería una valoración del individuo como la única unidad de medida válida para el proceso de formación de valores y actitudes. La prioridad sería el auto - desarrollo y la felicidad personal, independiente de los compromisos con la vida familiar y comunitaria. Pienso que en el caso de prevalecer esa tendencia, nos zambulliremos en el oscuro pozo de cultivo, del hedonismo y todos moriremos ahogados. Se equivocan aquellos que ven en los vínculos sociales una amenaza a la autonomía de la persona. La figura del “Yo Aislado”, sin vínculos con la comunidad que lo rodea, generó lo que algunos sociólogos denominan “Yo Saturado”.

Allan Bloom, citado por Castiñeira, así describe al joven estudiante norteamericano de hoy. “El futuro indeterminado o abierto y la falta de un pasado vinculante significan que las almas de los jóvenes se encuentran en un estado semejante al de los primeros hombres: espiritualmente desnudos, desconectados, aislados, sin relaciones heredadas e incondicionales con nada ni con nadie. Pueden ser lo que quieran ser, pero no tienen ninguna razón particular para querer ser nada en especial” (20). Este “Yo Saturado” necesita ser sustituido por un “Yo Integrado”, que tenga conciencia reflexiva y crítica que busque el reconocimiento del otro que está a su lado. Solamente así podrá construir su propia identidad. Es el pluralismo implicado, definido por numerosos filósofos modernos, incluso por Castiñeira, y que ven ahí la posibilidad de redescubrimiento de la comunidad. Significa buscar una razón comprometida con verdaderas prácticas morales sin lo cual, según Aranguren, la sociedad acabará por desmoralizarse y encontrará su fin.

La toma de decisión médica en nuestros días está marcada por una grave crisis. Por un lado, el desarrollo económico y tecnológico que ve a las personas como consumistas sujetas a las reglas del mercado. Por el otro lado está el paciente, un ser humano que busca su atención médica, como legítima expresión de ciudadanía. Entre esos extremos actúa el médico, atónito e inexperto para administrar el conflicto. No habrá solución para la crisis, sino a través de profundas reflexiones de grupos multidisciplinares como propone la Bioética.

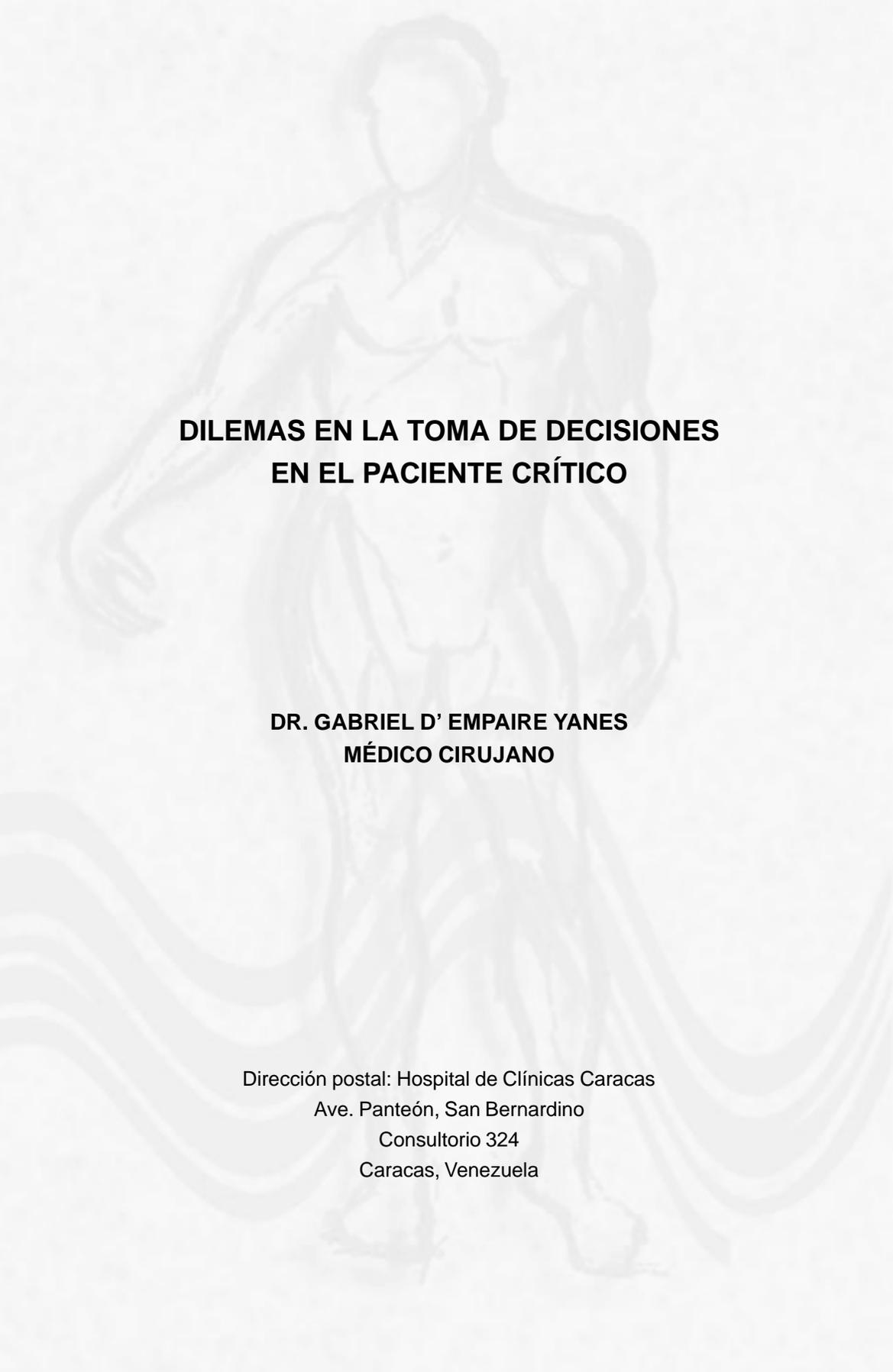
RESUMEN

En medio del enorme cambio social de la vida moderna, los aspectos de salud adquieren un perfil de particular gravedad, que ha producido trascendentales cambios en la relación médico – paciente y en el cuidado global de la persona enferma. La especialización y subespecialización se agrava aún más con el uso y abuso de la tecnología, con lo que se ha llegado a desfigurar el acto médico y las decisiones terapéuticas. Por otra parte, la tecnología de costos altos y crecientes, resulta inalcanzable para grandes sectores de la población, hecho muy relevante en América Latina, con lo cual se agrava la desigualdad y el desequilibrio social. Para muchos países la única manera de compatibilizar el avance de la medicina con los recursos limitados es privar a una parte de su población del acceso al beneficio de los avances tecnológicos. Se plantean así numerosos dilemas éticos en la toma de decisiones, tanto a nivel individual como al nivel de las decisiones políticas. El médico debe participar en este tipo de decisiones y, de alguna manera, administrar el conflicto, sin embargo, está poco capacitado para ello. La Bioética se presenta como un foro multidisciplinario que permite llegar a soluciones basadas en principios y valores.

REFERENCIAS

1. BIENDON, R; et all: Satisfaction with Health System in the Nations. *Health Affairs*, 9: 185 92, 1990.
2. FRONSTIN, P.: Editorial. Inquiry. Vol. 32 N° 4, *Published by Blue Cross and Blue Shield. Rochester*, 1995/1996.
3. ZAN, J.: Ética y moral. In: *Éticas del Siglo. Asociación Argentina de Investigaciones Éticas*. Ed., *Tekhne, Argentin: 25 – 72*, 1994.
4. GREENLICK, M.: Educating Physicians for the Twenty – first Century. *Academic Medicine*, Vol. 70, N° 3: 179 – 185, 1995.
5. SCHARAIBER, L. B.: O médico e seu trabalho. *Límites da Liberdade*. Ed. *Hucitec, Sao Paulo*, 1993.
6. BERLINGUER, G.: Questoes de Vida (Ética, Ciencia, Saúde). Ed. *APCE. HUCITEC. CEBES.*, *Sao Paulo*, 1993.
7. Organización Panamericana de la salud: En busca de la Equidad. Cap. 1: Análisis de la Situación de salud. *Documento Oficial N° 277*, 1995.
8. WILENSKY, G.: The score on medical care reform – minus the hyper and hypoerbole. *N. Engl. J. Med.* 333 (26): 1774 – 1777, 1995.
9. KASSIRER, J.: Our Ailing Public Hospitals. Cure Them. *N. Engl. J. Med.*,: 333 (29): 1348 – 1349, 1995.
10. FORSBERG, R.P.: Rationality and allocating scarce medical resources. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 20, N° 1, Feb., 25 – 42, 1995.
11. WOODWARD, B.: The computer – based patient record and confidentiality. *N. Engl. J. Med.*; 333 (21): 1419 – 1422, 1995.

12. WOOLHANDER, S.; LABAR, B.: Transplanted technology: Third world options and first world science. *N. Engl. J. Med.*; 317 (8):L 504 – 506, 1987.
13. ASHLEY, J.S.; PASKER, P.: How much clinical investigation? *The Lancet*, April 22, 890 – 892, 1972.
14. KAPLAN, E.B.; et all: The Usefulness of Preoperative Laboratory Screening. *JAMA*, June 28, Vol. 253, Nº 24, 3576 – 3591, 1985.
15. GREENSPAN, A.M.; et all: Incidence of unwarranted implantation of permanent cardiac pacemakers in a large medical population. *N. Engl. J. Med.*; 318 (3); 158 – 163, 1988.
16. KAHN, K. L.; et all: *The use misuse os upper gastrointestinal endoscopy. Annals of Internal Medicine*, 1988: 109: 664 – 670, 1988.
17. BRAUN, P.: Need for timely information justified. *National Center for Health Care Technology. Medical Instrumentation*, 15: 302 – 304, 1981.
18. BANTA, H. D. Uma Avordagem Estratégica da Avaliação de Tecnologias em Saúde. *CEBES – Saúde para Debate*, Fev., Nº 3, 7 – 18, 1991.
19. GRACIA D.: ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 108, Nº 5 y 6, Mayo y Junio. 1990: 570 – 585, 1991.
20. CASTIÑEIRA, A.: *Hábitos del corazón, comunidad civil y pluralismo implicado. Rev. Sal Terrae*, Tomo 83/1: 3 – 18, Enero 1995.



**DILEMAS EN LA TOMA DE DECISIONES
EN EL PACIENTE CRÍTICO**

**DR. GABRIEL D'EMPAIRE YANES
MÉDICO CIRUJANO**

Dirección postal: Hospital de Clínicas Caracas
Ave. Panteón, San Bernardino
Consultorio 324
Caracas, Venezuela

SUMMARY

Technological advances from recent decades have permitted the survival and quality of life to improve for many patients who would have been hopelessly lost before their discovery. At the same time, a series of problems have arisen that we must confront. In the case of patients in critical condition, the lack of objective elements to establish the prognosis skillfully and correctly, the speed at which decisions must be made, the diversification of medical specialties, the paternalism still prevailing in many cases, the lack of information and legal fears, have combined to produce a situation where methods of vital life support are used in patients who derive no benefit from them. The result has contributed to increasing the suffering of many patients by prolonging their death bed agony and sending medical costs soaring at insupportable levels. The lack of clear health policies has intensified this problem. Therefore, to combat the situation both the health staff and the general population need to be educated regarding the medical, ethical, legal and economic considerations implied in these situations. The indicators for making the prognosis must also be improved. Finally, clear health policies need to be designed that will facilitate decision – making and make the use of technological resources more efficient.

RESUMO

Os avanços tecnológicos das últimas décadas tem permitido melhorar a sobrevivência e qualidade de vida de muitos pacientes que, em etapas anteriores, tinham morrido irremediavelmente. Por sua vez, esses mesmos avanços tem acarretado inúmeros problemas que hoje devem ser enfrentados.

No caso dos pacientes críticos, a falta de elementos objetivos para estabelecer o pronóstico de forma certa, a celeridade que se exige na toma de decisões, a diversificação das especialidades médicas, o paternalismo (em muitos casos ainda imperante), a falta de informações e os temores perante a lei, tem levado ao uso de medidas de suporte vital que não representam um verdadeiro benefício para os pacientes. Pelo contrário, a prolongação do processo de morte tem contribuído a aumentar o sofrimento de muitos doentes e a elevar as custas médicas a níveis insustentáveis.

A falta de políticas de saúde claras tem propiciado esse problema. Requer – se, portanto, de un trabalho educativo junto às equipes de saúde e a população para fazer conhecer o conjunto de considerações médicas, éticas, legais e econômicas que envolvem essas situações. E preciso, também, melhorar os indicadores pronósticos e, finalmente, elaborar políticas de saúde claras que facilitem a toma de decisões e façam mais eficiente a utilização dos recursos tecnológicos.

La ciencia y la tecnología, a partir de la segunda mitad de nuestro siglo, han dotado a la medicina de una serie de técnicas que en forma muy novedosa han venido a “satisfacer”, parcialmente, el eterno anhelo del hombre de prolongar la vida. Antes de esa fecha, la disfunción severa de al menos un órgano vital, como por ejemplo la insuficiencia cardíaca, renal, respiratoria o una lesión severa cerebral, llevaba irremediamente a la muerte en un período de tiempo relativamente corto.

Los avances tecnológicos, en el área de la medicina crítica, iniciados en la década del 50 con el desarrollo de la técnica de hemodiálisis, seguido de los avances en la reanimación cardiorespiratoria, la ventilación mecánica, el advenimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos, la introducción de la monitorización hemodinámica y posteriormente los adelantos en el campo de la farmacología, la neurocardiología, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear, la angiografía cerebral y más recientemente las técnicas endovasculares de tratamiento de los accidentes cerebrovasculares, han llevado a reducir la mortalidad de muchas enfermedades, aun después de ocurrir la falla severa de uno o varios órganos vitales.

Así, en tan sólo 40 años, el desarrollo tecnológico en todos estos campos ha crecido de forma tal que hoy disponemos, entre otras cosas, de complejos sistemas de ventilación mecánica que nos permiten dar asistencia ventilatoria a pacientes con insuficiencia respiratoria muy severa, soporte hemodinámico con drogas inotrópicas y vasopresoras, para mantener la presión arterial y perfusión de los tejidos, suplir la función renal con equipos de diálisis, corregir los desequilibrios hidroeléctricos, dar soporte nutricional por vía enteral o parental, someter a los pacientes a complejas técnicas quirúrgicas, y repetir las mismas cada vez que sea necesario tratar infecciones severas con antibióticos de última generación o con anticuerpos monoclonales,

auxiliar la función cardíaca con balones de contrapulsación, etc.

Hasta mediados de nuestro siglo el médico contó con recursos terapéuticos muy limitados, y una vez que aceptaba que no podía resolver la enfermedad, desahuciaba al paciente y le ayudaba a morir en paz. En un tiempo relativamente corto cambió el horizonte de la medicina. El médico de hoy cuenta con nuevas formas de tratamiento que le permiten resolver situaciones patológicas que años antes hubiera sido imposible de imaginar y que han mejorado la sobrevida y calidad de vida en muchos casos que de otra manera hubieran muerto irremediablemente. Sin embargo, en otros casos menos afortunados, esta misma tecnología ha llevado a mantener “vivos” a pacientes, para quienes morir hubiera sido de mayor beneficio (1), al considerarse el sufrimiento y el alto costo económico de la aplicación de tales tratamientos para finalmente terminar en la muerte o peor aún, sobrevivir con una severa incapacidad o en una condición de estado vegetativo persistente. Al mismo tiempo este arsenal terapéutico ha contribuido a crear, en algunos médicos, la falsa sensación de contar con recursos que harían casi ilimitado su poder de preservar la vida. Este nuevo enfoque, eminentemente técnico, ha descuidado en muchos aspectos los valores humanos y ha generado la impresión, tanto en el público como en el ámbito médico, de que la disponibilidad de tales técnicas obliga a usarlas en todos los casos, sin medir cuidadosamente las repercusiones de las mismas.

Esta revolución científica coincidió con mejoras en los niveles de vida y el afianzamiento de los derechos a la asistencia sanitaria. Así en un primer momento el entusiasmo del médico ante estas inmensas posibilidades, se sumó a las exigencias de los pacientes a recibir estos beneficios creándose una carrera desenfrenada, en búsqueda de lo que parecía ser una solución al inevitable problema de tener que morir.

En estos últimos años la sociedad ha despertado del hermoso sueño. Nadie tiene dudas de que la medicina ha logrado importantes avances, pero a la vez han surgido una serie de problemas que se deben afrontar. Han aparecido etapas más avanzadas de enfermedades en pacientes de mayor edad que antes no se conocían porque estos pacientes fallecían antes de llegar a ellas. La aplicación indiscriminada de técnicas de soporte vital no indicadas ha aumentado el sufrimiento de muchos enfermos y se han elevado los costos materiales y morales a niveles insostenibles. El morir en vez de un acto se convirtió en un proceso (2).

La reflexión sobre estos problemas ha llevado a la sociedad a solicitar que se respete el derecho de las personas a no ser sometidas a técnicas diagnósticas o terapéuticas infructuosas, y a los médicos a plantearse la difícil tarea de evaluar en qué situaciones esto pudiera ocurrir. Hoy se sabe que las técnicas para prolongar la vida pueden transformarse en técnicas para prolongar la muerte, y el saber cuándo suspenderlas es parte de nuestra responsabilidad ante esta tecnología (1).

Gran parte del problema se basa en que la mayoría de las técnicas desarrolladas para dar soporte vital a los pacientes críticos, sólo permiten un soporte temporal, mientras de alguna manera se resuelve la causa que los llevó a la condición de riesgo inminente de muerte. Por ejemplo, en el caso de un paciente con insuficiencia respiratoria secundaria a un síndrome de dificultad respiratoria del adulto se puede dar soporte ventilatorio, con un ventilador mecánico, para mantener al paciente vivo mientras se cura la causa que condicionó el desarrollo de este síndrome. En un paciente con shock séptico se puede dar soporte de la presión arterial con drogas vasopresoras, se puede mantener la oxigenación con un equipo de ventilación mecánica y además suministrar nutrición parenteral mientras se cura la infección que originó el problema. Pero en ningún caso estas técnicas de soporte vital, per se, permiten curar la enfermedad. El mantenimiento de las funciones vitales, a través del uso de estas técnicas, en rango compatible con la vida, no debe por tanto confundirse con mejoría de la enfermedad. Solamente en aquellos casos en los cuales se logre resolver la situación patológica que ocasionó el problema agudo, o al menos una mejoría evidente de la misma, se logrará que el enfermo vuelva ser autosuficiente desde el punto de vista fisiológico y pueda desconectarse de los equipos de soporte.

Uno de los grandes retos de la medicina de hoy es conocer la utilidad y limitaciones que el nuevo desarrollo tecnológico tiene, y orientar racionalmente el uso de las medidas de soporte vital hacia preservar la vida de aquellos enfermos con situaciones patológicas recuperables, que puedan proseguir su biografía personal con una calidad de vida en un nivel aceptable, y limitarlas en aquellos casos que la medicina de hoy no puede resolver. Surge por tanto la necesidad de “administrar adecuadamente la tecnología”.

El médico de hoy debe desarrollar las habilidades necesarias para identificar aquellos pacientes en quienes se justifique el uso de medidas de soporte vital, y en aquellos en los que decida usarlas, tratar de establecer hasta cuándo mantenerlas. Estas decisiones no son infrecuentes, ha sido descrito que en el 45% de los casos que

mueren en Unidades de Cuidados Intensivos fue necesario decidir la suspensión de medidas terapéuticas (3). Todo esto hace que el tema de la iniciación y suspensión de medidas de soporte vital en el paciente crítico sea de plena actualidad y tenga extraordinarias implicaciones éticas, médicas, legales y económicas.

En el campo de la medicina crítica el desarrollo de métodos que faciliten la toma racional de decisiones en estos casos no es tarea fácil. Diferentes razones coinciden y hacen que la aproximación a este problema sea muy compleja:

1. El desarrollo de las medidas de soporte vital ha sobrepasado, en gran medida, nuestra capacidad de pronosticar la evolución de muchos pacientes en estado crítico. No se cuenta, en los actuales momentos, con métodos diagnósticos lo suficientemente exactos para lograr establecer en muchos de estos casos un pronóstico certero.
2. Las nuevas generaciones de médicos se han venido formando dentro de un ambiente eminentemente técnico, dotado de una inmensa variedad de recursos diagnósticos y terapéuticos que le dan las armas necesarias para cumplir lo que se les ha enseñado como su principal función: salvar la vida del enfermo. En contadas excepciones el estudiante de medicina y los médicos jóvenes que realizan sus postgrados y atienden las emergencias han recibido una formación que los haga meditar sobre los valores y derechos de los enfermos. Lo que para muchos es un trato cruel e insensible de parte del médico, para él es el cumplimiento de lo que se le enseñó como obligación.
3. La diversificación de las especialidades médicas ha fraccionado la relación médico – paciente, y en muchos casos el enfermo no cuenta con un médico que asuma enteramente la responsabilidad de discutir con él, o con sus familiares, las diferencias alternativas de tratamiento y por ende le permita ejercer su derecho a escoger.
4. Existe aún, por parte del médico, el temor a verse involucrado en un proceso judicial acusado de negligencia médica, al no haber utilizado los recursos disponibles para la atención del paciente. Tal aproximación legislativa favorece la tendencia a la distanacia (4).
5. En un alto porcentaje de los pacientes críticos se cuenta con escasos minutos

para tomar decisiones que pueden ser de vital importancia. Por citar tan sólo un ejemplo: ante un paciente politraumatizado que llega a emergencia, en coma, sin signos de muerte encefálica, ¿podemos con certeza predecir su evolución antes de proceder a establecer todo el soporte terapéutico que requiere?, ¿de cuántos minutos dispone el médico para decidir esta conducta?, ¿qué elementos objetivos y certeros tiene para evaluar, en tan corto tiempo, la posibilidad de supervivencia y calidad de vida que llevará este paciente si llegara a recuperarse?, ¿cuántos de estos pacientes luego de un sofisticado despliegue terapéutico, días o semanas de intenso trabajo, y un altísimo costo económico y psicológico para la familia, mueren o quedan en estado vegetativo persistente?

Los puntos antes expuestos han tendido a inclinar la balanza hacia el uso de medidas de soporte vital con más frecuencia y por más tiempo de lo que debería ser. Ha resultado más fácil y mucho más tranquilizante para el médico actuar que no hacerlo. No hay dudas que la decisión sobre no actuar es extremadamente compleja y requiere de una sólida formación clínica y ética por parte del médico. Así, uno de los dilemas más importantes que enfrenta el médico intensivista de hoy es la toma de decisiones sobre cuándo ingresar un paciente a cuidados intensivos y, una vez ingresado y sometido a una serie de técnicas de soporte vital, si la evolución no es satisfactoria, por cuánto tiempo mantenerlas. Tales decisiones tienen importantes implicaciones éticas pues, sobrepasado cierto límite, la beneficencia que se busca puede transformarse en maleficencia al someter al paciente a un largo, doloroso y costoso proceso de morir. ¿Hasta dónde seguir?, ¿en base a qué parámetros se tomará la decisión de suspender las medidas de soporte vital?, ¿se justifica mantener el tratamiento iniciado y los costos del mismo?

Es por tanto muy importante, tratar de establecer cuáles son los elementos con los que cuenta el médico para la toma de estas decisiones, y cuáles serían las alternativas disponibles para reducir al mínimo la utilización inapropiada de estos recursos tecnológicos.

1. TIPO DE PACIENTE

Uno de los aspectos más importantes es definir si se trata de un paciente crítico o de un paciente terminal. El paciente crítico presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero tiene evidentes posibilidades de recuperación. Por el contrario, un paciente terminal se encuentra

en una etapa avanzada de una enfermedad irreversible y su muerte es inminente en horas, días o semanas, independientemente de la terapéutica que se utilice.

Tales términos suelen confundirse, y esta confusión lleva a muchos médicos a ingresar a Unidades de Cuidados Intensivos a pacientes en estados terminales de su enfermedad, basados en la falsa expectativa de que los recursos ahí disponibles lograrán resolver el problema del enfermo. En estos casos sólo se logra prolongar el proceso de morir. El soporte circulatorio y de la respiración que en la mayoría de los casos resuelve el problema de un paciente en shock e insuficiencia respiratoria, secundarios a un politraumatismo o de un paciente con neumonía e hipervolemia, no dará los mismos resultados en un enfermo con un síndrome de inmunodeficiencia adquirida avanzado (SIDA) que desarrolla una neumonía severa complicada con un síndrome de dificultad respiratoria del adulto, ni en un paciente con signos neurológicos de enclavamiento secundario a metástasis cerebrales de un tumor canceroso del hígado.

De acuerdo con la definición antes expuesta un paciente crítico, por tener posibilidades de recuperación, tiene indicación absoluta de ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos, y el médico tiene la obligación de darle el soporte y tratamiento que su condición amerite; a menos que éste, siendo competente para decidir, o en su defecto el familiar que lo representa, exprese su negativa a recibir tal tratamiento. Por el contrario, el paciente en fase terminal de una enfermedad no recuperable, no tiene indicación de ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos, a menos que se demuestre que el uso de alguna forma de tratamiento disponible en la Unidad le aliviará el dolor y el sufrimiento. La ética de la medicina de hoy exige tener clara la diferencia entre estas dos situaciones y será contrario a la ética, por violar el principio de no maleficencia, engañar al enfermo o a sus familiares ofreciéndoles alternativas terapéuticas que no resolverán su situación y que, por el contrario, prolongarían inútilmente el proceso de morir.

Tal distinción debe también hacerse en aquellos pacientes que ingresaron a Cuidados Intensivos y evolucionaron en forma desfavorable hacia una situación irrecuperable, pues los objetivos del tratamiento, en uno u otro caso, serán diferentes. En el paciente crítico, recuperable, los objetivos serán: salvar la vida, curar la enfermedad, preservar las funciones, restituir la salud, aliviar el dolor y/o el sufrimiento. Por el contrario en el caso de pacientes que evolucionan a una condición irrecuperable de la enfermedad, lo recomendable será: aliviar el sufrimiento, ofrecer la máxima

comodidad posible, y evitar la prolongación del proceso de morir (5).

2. ¿QUÉ TIPO DE VIDA SE ESTÁ PRESERVANDO?

Otro elemento de gran importancia a considerar en la toma de decisiones para el ingreso de pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos o para decidir si continuar o limitar las medidas en un momento dado, es el tipo de vida o calidad de vida que estamos intentando preservar. En este sentido es importante aclarar los conceptos de muerte encefálica y estado vegetativo persistente.

En el primer caso, el enfermo presenta una lesión que compromete el tallo cerebral, en forma severa e irreversible. En estas condiciones, el paciente morirá en corto tiempo, aún cuando se utilicen medidas de soporte vital. Los enfermos en estado vegetativo persistente, han perdido la capacidad de mantener una vida de relación, pero a diferencia del caso anterior, pueden respirar espontáneamente, mantener una función cardiovascular normal y por tanto son capaces de vivir sin medidas de soporte vital. Estas dos situaciones pueden considerarse muerte de la persona, con conservación de la vida biológica de ciertos órganos y sistemas.

Los casos con criterios de muerte encefálica, de acuerdo a lo establecido en los protocolos aceptados para este diagnóstico (6, 7), no tienen indicación de ingresar a Cuidados Intensivos y, en el caso de presentar esta situación clínica estando el paciente dentro de la Unidad, la conducta a seguir es suspender las medidas que esté recibiendo, de acuerdo a las normas establecidas en cada institución. La excepción es que sean candidatos para donación de órganos, en cuyo caso se procederá a retirarlas en quirófano. Los casos de estado vegetativo persistente tampoco deberían ingresar a Cuidados Intensivos, surge la necesidad de tomar una decisión, sobre mantener o no las medidas de soporte que pudiera requerir. En este sentido se ha desarrollado una larga polémica en ambos sentidos. Por una parte, la solicitud de los familiares o de los médicos de suspender la ventilación mecánica o la nutrición ha llevado a establecer, por parte de las instancias jurídicas, el derecho de las personas a rechazar tales medidas (8).

Por otra parte, se ha planteado el problema contrario, cuando los familiares han exigido mantener las medidas de soporte vital, en contra de lo establecido por los médicos (9). La tendencia actual en el primer caso es a respetar la voluntad de las

personas o de sus familiares subrogados, con lo cual se respeta el principio de autonomía. En el segundo caso, las cosas no parecen estar tan claras, por una parte el mantener las medidas de soporte vital respetaría la autonomía del paciente o de su representante, lo cual sería sostenible siempre y cuando no se violen normas de justicia sanitaria establecidas por la sociedad, en términos de distribución de recursos, o se limite la asistencia médica de otras personas recuperables. Ha quedado establecido, sin embargo, que los médicos no están obligados a mantener medidas terapéuticas que consideren fútiles (10).

En estos casos es muy importante la consulta al Comité de Ética Hospitalaria. La mejor alternativa es convencer al familiar de la inutilidad de continuar tales medidas, proponer el traslado del paciente a centros de atención menos especializados o, en última instancia, dejar la decisión final a los jueces.

Es frecuente que se argumente que una vez iniciado determinado tratamiento, éste no puede suspenderse. En este sentido, es importante aclarar que este aspecto ha sido revisado por diferentes instituciones internacionales y ha quedado claramente establecido que no hay diferencias éticas entre no iniciar o suspender medidas ya iniciadas (10, 11).

3. AUTONOMÍA DEL PACIENTE

A diferencia de las condiciones anteriores, la mayoría de los pacientes puede mantener una vida de relación social y por tanto con potencial desarrollo de su proyecto de vida. Estos casos tendrían una clara indicación para ser ingresados y tratados en Cuidados Intensivos, teniéndose siempre en cuenta que aún cuando exista la indicación médica debe siempre considerarse la opinión del paciente, si éste es competente para decidir, o en caso contrario, del familiar o representante. Debe siempre conocerse su concepto de calidad de vida como valor humano, teniendo siempre en cuenta que cada persona debe establecer el contenido de este concepto y definir lo que considera valioso para sí (12). El médico deberá por tanto explicar detenidamente el pronóstico, no sólo en términos de mortalidad sino de calidad de vida futura que el paciente tendrá, y permitir que el paciente competente, adecuadamente informado, decida, o en su defecto lo haga su familiar. Así, habrá personas que no soportarán vivir conectadas a un equipo de ventilación mecánica y ante esta circunstancia preferirán morir; otras en cambio preferirán vivir, aún cuando su vida dependa de este equipo.

De la misma manera, hay quien no aceptará llevar una vida con dolor o limitaciones físicas, mientras otros estarán dispuestos a tolerarlo con tal de vivir. De aquí surge uno de los conceptos más importantes de la ética médica de hoy: el respeto incondicional a los valores de los demás, el respeto a la autonomía.

Sin embargo, en la práctica, los pacientes suelen ingresar a Cuidados Intensivos en situaciones de emergencia, muchos de ellos inconscientes o de alguna manera incompetentes para decidir, y sus familiares, por lo general, no están preparados, ante lo súbito de la aparición de la enfermedad, para la toma de tan difícil decisión. Esta situación, por lo general, no permite discutir detalladamente las condiciones clínicas del enfermo, al momento del ingreso, por requerirse una intervención terapéutica inmediata para salvarle la vida. Esto no implica, que una vez superada la situación de inminente peligro, se establezca el diálogo necesario sobre la situación que presenta el paciente, su pronóstico, alternativas terapéuticas, etc.

Las condiciones de los pacientes críticos hacen que con frecuencia no estén capacitados para la toma de decisiones. La evaluación de esta capacidad abre todo un capítulo que no sería posible tratar aquí. Una de las alternativas de solución planteadas son las diferentes formas que se han ideado para expresar la voluntad de la persona, antes de que ocurra una situación que se lo impida. Los "Living Will" y otros documentos similares constituyen una alternativa en este sentido. Si bien han sido criticados en algunos aspectos, y no tienen por lo general una validez legal, son de gran utilidad para conocer la voluntad del paciente y sin duda tienen gran peso moral. Desafortunadamente, según lo reportado en la literatura, en la práctica se toman poco en cuenta (3, 13). Otra alternativa planteada en este sentido son los apoderados legales los cuales, aún con sus limitaciones, son una ayuda importante en la toma de estas decisiones.

De los pacientes sin daño cerebral irreversible se puede a su vez describir dos grupos: uno con enfermedades agudas o crónicas reagudizadas con muy buen pronóstico y un grupo de pacientes críticos con enfermedades de pronóstico incierto. En el primero, se encuentran enfermos con accidentes coronarios agudos, angina inestable, infarto del miocardio, revascularización miocárdica, politraumatizados, enfermedades neuromusculares reversibles, etc. en quienes se ha demostrado que las técnicas desarrolladas en los últimos años han reducido considerablemente la mortalidad y mejorado su calidad de vida (14).

Por lo tanto, estaría plenamente justificado, en términos de costo – beneficio, la aplicación de tratamientos avanzados. En el otro grupo entrarían pacientes con shock cardiogénico o séptico, falla multiorgánica, SIDA en etapas avanzadas, etc. Este último grupo representa el mayor dilema de la medicina crítica actual, dada las dificultades existentes para establecer un pronóstico certero. Este grupo de pacientes llena los criterios de recuperabilidad pero resulta difícil establecer la evolución que seguirán, los costos y la calidad de vida.

4. TIPO DE TRATAMIENTO

Otro aspecto a considerar es el tipo de tratamiento utilizado en relación con los objetivos que se buscan y los efectos que se están obteniendo. En este sentido, las medidas terapéuticas, según la utilidad que tengan en cada circunstancia, se han denominado: medidas ordinarias o extraordinarias, proporcionadas o desproporcionadas, útiles o fútiles.

La distinción entre estos términos es de gran importancia práctica para definir las conductas a seguir en los pacientes críticos, de acuerdo a la utilidad que en un momento determinado tenga una medida diagnóstica o terapéutica, y por ende la indicación o no de utilizarla.

Los términos ordinarias y extraordinarias fueron introducidos por los moralistas católicos. San Alfonso en su revisión de la moral católica de los siglos XVI y XVII expresa que nadie está obligado a aceptar medidas extraordinarias para mantener su vida (15). Esta posición ha sido mantenida por la religión católica en nuestros días cuando el Papa Juan Pablo II dice en la Encíclica “Evangelio de la Vida”: “En estas situaciones, cuando la muerte prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia renunciar a unos tratamientos que procurarán únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia...” (16).

El término fútil ha sido utilizado últimamente con mayor frecuencia en la literatura anglosajona. Proveniente de la raíz “futilis” tiene su origen en el mito griego según el cual las hijas del Rey Argos, luego de asesinar a sus esposos, fueron condenadas por Dios a cargar agua eternamente en recipientes perforados, lo cual explica claramente la inutilidad de tales medidas (17).

A pesar de que en la práctica ambos términos son utilizados con frecuencia, no

existen criterios objetivos para su definición. En un mismo paciente, una medida puede considerarse fútil en una circunstancia y no en otra. De la misma manera, el criterio de futilidad de una medida terapéutica puede ser válido desde una determinada escala de valores para el grupo médico y no serlo desde el punto de vista de los valores del paciente, o viceversa. Es por tanto importante cuando se considera una medida fútil, establecer para qué y para quién lo sería (18).

Se ha intentado buscar definiciones más objetivas, como es el caso de la proposición hecha por Schneiderman (19) quien considera que una medida es fútil cuando en 100 casos, de acuerdo a la experiencia del grupo médico o de la literatura, tal medida ha sido útil; o cuando la medida no ayudará a revertir el estado de inconsciencia; o cuando ésta no permite eliminar la dependencia del cuidado intensivo. Sin embargo, resulta por lo general difícil recopilar una experiencia de 100 casos que cumplan criterios similares a los del paciente en discusión.

Finalmente, siempre en medicina se hablará en términos de probabilidades y en tal sentido habría que definir a partir de qué rango de probabilidades se considerará una medida fútil (18). Debe por tanto quedar claro que la futilidad siempre será relativa y como tal sujeta a error. Considerar una medida fútil, y por tanto no realizarla, debe ser siempre producto de una amplia deliberación, de un acuerdo unánime y dejar siempre la puerta abierta a la reconsideración.

5. INDICADORES PRONÓSTICOS

Un aspecto de gran importancia sería poder establecer el pronóstico del enfermo, en términos de mortalidad y de calidad de vida futura, como base para la toma de decisiones sobre proceder o no con un determinado tratamiento, o de suspender las medidas terapéuticas que se han venido tomando. El contar con tal recurso permitiría una base objetiva para discutir con el paciente o sus familiares las alternativas que se le pueden ofrecer y los resultados esperados. En tal sentido, en los últimos años, se han desarrollado una serie de indicadores o scores, basados en análisis estadísticos de diferentes variables, estudiadas en grandes poblaciones a través de los cuales se ha buscado establecer tal pronóstico. Hay indicadores específicos (20) e indicadores generales (21).

Los primeros provienen de estadísticas que evalúan la sobrevida o mortalidad de una patología determinada, los segundos establecen la sobrevida o mortalidad esti-

mada para pacientes con enfermedades críticas, independientemente de la patología específica que ocasionó la situación. En la práctica estos indicadores pronósticos han permitido establecer la severidad de la enfermedad y comparar grupos de pacientes. En otros casos han permitido comparar la eficiencia de una determinada unidad de cuidados intensivos con respecto a otras, pero en la práctica no han permitido establecer si un determinado paciente va a sobrevivir o no, ni las condiciones de calidad de vida en que va a vivir (22). Dada la inmensa variedad de condiciones en que puede presentarse una enfermedad, la capacidad de respuesta que pueda tener, la velocidad y eficiencia con que pueda ser tratado y otros múltiples factores, una misma enfermedad puede resultar mortal para unos y no serlo para otros.

En este sentido, existe una diferencia importante entre el paciente crítico y el paciente que sufre una enfermedad, como ocurre por ejemplo con la mayoría de las formas de tumores malignos, enfermedades desmielizantes, o pacientes con SIDA en etapas avanzadas. Estos últimos tienen un tiempo de vida limitado y su pronóstico de sobrevivida se puede, por lo general, estimar con bastante exactitud, basándose en las estadísticas que existen sobre estas patologías. Por otra parte, estos enfermos suelen estar conscientes, muchos de ellos capacitados para decidir y sometidos por lo general a dolores insoportables o severas limitaciones que afectan importantemente su calidad de vida. El sufrimiento a que se ven sometidos estos pacientes y el conocimiento, con cierto grado de certeza, de una muerte irremediable a corto plazo, sin que se le puedan brindar alternativas de al menos calmar su sufrimiento, dio motivo a que se abriera una profunda y difícil discusión sobre el derecho a morir en paz, a morir con dignidad, el respeto a la decisión de rechazar el tratamiento, la eutanasia y el suicidio asistido. Estos son temas que la Bioética de hoy se plantea dentro del marco de una interesante polémica que sólo está comenzando.

Por el contrario, en el paciente crítico los indicadores pronósticos no son tan predictivos, la mayoría de los pacientes se encuentran inconscientes y por tanto incapacitados para emitir su opinión sobre continuar o no las medidas terapéuticas. Además, se deben tomar decisiones muy rápidas y la familia, por lo general, no está preparada para tal situación.

Es por tanto importante tener claro que la definición de medida fútil o extraordinaria y la decisión de limitar o suspender las medidas terapéuticas en el paciente crítico están llenas de gran subjetividad. Tal decisión está sujeta a la experiencia del grupo médico, a indicadores pronósticos que aportan una información general sobre la

evolución de grandes poblaciones de pacientes, pero que no permiten extrapolar tales resultados a casos específicos; y finalmente a consideraciones de valor del paciente, sus familiares o del grupo médico. Lo que para alguien pueda resultar fútil puede no serlo para otro, por tanto la decisión de no iniciar o suspender un determinado tratamiento debe ser una decisión de consenso una vez evaluadas exhaustivamente todas las variables mencionadas. No se puede esperar en ningún caso una certeza absoluta, se debe aspirar a una certeza moral (23).

6. RELACIÓN COSTO BENEFICIO

La tecnología médica desarrollada en los últimos años ha incrementado considerablemente los costos médicos. Las Unidades de Cuidados Intensivos consumen aproximadamente el 15% del presupuesto hospitalario (2). Esta situación ha hecho surgir un nuevo campo en el que el médico de hoy debe participar y para el cual no está, a veces, preparado. ¿Se justifica la utilización de toda esta tecnología en todos los pacientes? ¿En qué momento suspenderla? ¿Cómo evaluar, en estos casos la relación costos – beneficios, para hacerla eficiente y justa?

La falta de elementos objetivos y de políticas claras ha llevado a que se utilicen recursos muy costosos en el tratamiento de un número proporcionalmente bajo de pacientes, a veces con resultados inciertos (2). Como se describió anteriormente existen en la actualidad determinadas patologías en las cuales se conoce que estos tratamientos mejoran la sobrevida y la calidad de vida futura y por ende están plenamente justificados en términos costo – beneficio. Pero existe también un número de pacientes que sufren enfermedades agudas o crónicas reagudizadas en las que los resultados de los tratamientos aplicados en cuidados intensivos es incierto. Esto ha generado una importante discusión sobre la administración de los recursos sanitarios en búsqueda de una utilización eficiente y justa de los mismos.

Si bien en algún momento se ha argumentado que el gasto de mantener un paciente con soporte vital con pocas o ninguna esperanza de recuperación no influye mayormente en el presupuesto global de salud (18), en la actualidad esto no es cierto ni en los países desarrollados. Incluso los Estados Unidos, uno de los grandes promotores de toda esta carrera tecnológica, ha reflexionado sobre este tema y está rediseñando su sistema de salud.

En el caso de los países latinoamericanos la situación es todavía más compleja

pues en la mayoría de los casos nuestros sistemas de salud tienen severas limitaciones, incluso para satisfacer la atención primaria y preventiva. Es frecuente que el número de camas disponibles en Cuidados Intensivos sea menor a lo requerido y por ende muchos casos con indicación de recibir estos tratamientos no pueden hacerlo. Es por tanto indispensable que a la hora de tomar una decisión sobre ingresar un paciente a Cuidados Intensivos, o de decidir si continuar o no un determinado tratamiento, se consideren los aspectos éticos y médicos antes mencionados y además se contemple que la atención a un paciente con pocas o ninguna posibilidad de recuperación puede estar limitando la atención de otro enfermo recuperable.

En términos de justicia las políticas que definen a quién dar y a quién no dar este tipo de atención deben estar en manos de los administradores de salud. Sin embargo, suele ocurrir en nuestros países que tales políticas no están contempladas y por tanto, al no haber limitaciones establecidas por la sociedad y las autoridades competentes para ello, queda a criterio del médico tal decisión. No es infrecuente además que, dada la limitación de camas, deba escoger entre varios pacientes que se encuentran en espera en la sala de emergencia para ocupar la única cama disponible (24).

Se crea un conflicto entre la responsabilidad individual que tiene el médico con el paciente de brindarle la mayor atención – principio de beneficencia – por un lado, y su responsabilidad social en la distribución adecuada de los recursos – principio de justicia – por el otro.

En la práctica no existe un presupuesto ilimitado que permita ofrecer todos los recursos tecnológicos disponibles a todos los pacientes sin que se contemple, no sólo la utilidad de tal procedimiento para resolverle el problema al enfermo, sino su justificación en términos de costo – beneficio. Esta aproximación se basa en una fundamentación utilitarista que hoy es aceptada por muchos autores (2, 25).

La ausencia de políticas sanitarias claras transgrede el principio de justicia al dejar que tal decisión sea tomada en forma individual por el médico quien a veces, ante la duda o incluso bajo presión, desvía recursos indispensables para la recuperación de determinados pacientes hacia la atención ineficiente e injustificada para otros.

Es necesario abrir la discusión, especialmente en nuestros países, en busca de políticas sanitarias justas en este sentido. En el desempeño de estas políticas sanitarias, que son responsabilidad del Estado, los médicos deben participar aportando

sus criterios técnicos y experiencias, y no dejarlas sólo en manos de legisladores que por lo general no cuentan con los elementos necesarios. Sólo con una información sincera y honesta sobre los costos reales y resultados posibles puede la sociedad tomar decisiones justas al respecto.

Al enfrentarse a estos problemas el médico intensivista de hoy se debate ante los cuatro principios de la Bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Por una parte, busca ofrecerle al paciente el máximo de beneficio, evitando ante todo hacerle daño, respetando a la vez su autonomía, y analizando sus decisiones desde el punto de vista de obtener mayor eficiencia en términos de costo – beneficio. Es muy frecuente que en estos casos estos principios entren en conflicto y el médico debe analizar cuidadosamente todas las variables para tomar la mejor decisión.

Es importante aclarar que estos principios, como principios al fin, obligan siempre, pero a la vez tienen jerarquías. La no maleficencia y la justicia son principios de primer nivel y están por encima de la beneficencia y de la autonomía que son principios de segundo nivel (26). En otras palabras, desde el punto de vista ético, no hacer daño a una persona siempre será más importante que hacerle bien. La distribución justa de los recursos será más importante que la voluntad del paciente o que el beneficio que se pueda hacer en forma individual. Además, en situaciones claramente justificadas, podrán haber excepciones aún a esta jerarquía.

El médico, siempre identificado con la beneficencia, buscará hacer el bien, aliviar el dolor y el sufrimiento y de ser posible curar la enfermedad. A tal fin hoy cuenta con complejas técnicas diagnósticas y terapéuticas que le permiten resolver situaciones que hace pocos años no pudiera haber imaginado. El problema se presenta cuando se acerca a los límites de la maleficencia a ir más allá de lo que se puede hacer. Pasar este límite significa caer en el encarnizamiento terapéutico, la distanacia, arriesgar al paciente a un doloroso proceso de morir o a quedar severamente incapacitado. Desgraciadamente, en la actualidad este límite es tenue, impreciso, variable, dependiendo del criterio de diferentes médicos, del paciente o de sus familiares. Lo que es fútil para unos puede ser no serlo para otros. El límite a la vez no es unidireccional, una vez que el médico lo identifica y decide no traspasarlo, limitando las medidas terapéuticas, puede ocurrir que el paciente comience a mejorar. Le tocará al médico decidir regresar, replantear la situación y decidir si reiniciar el tratamiento. ¿Fue un error? ¿Un juego de las probabilidades estadísticas? ¿Una respuesta inesperada? Pero en la práctica es una realidad que puede ocurrir.

Moverse a uno y otro lado de este tenue límite, reconociendo cuando se cree estar haciendo bien y cuando comienza a hacerse daño ya no es, como antes, potestad absoluta del médico. Hoy se exige un respeto absoluto a la voluntad del paciente quien es, en última instancia, quien debería definir tal límite. La tradición de hacer el bien sigue siendo hoy una obligación del médico, pero ahora supeditada a la voluntad del paciente quien, adecuadamente informado, debe dar su consentimiento y en caso de no estar capacitado para hacerlo, su representante asumirá tal responsabilidad. El médico de hoy no puede imponer lo que según su escala de valores es mejor para el enfermo. El respeto a las creencias y valores de los pacientes constituye uno de los pilares de la ética médica actual.

La orientación paternalista, que aún predomina en muchos médicos, suele crear la confusión de que existe la obligación de seguir en forma indefinida tratamientos que no aportarían ningún beneficio razonable al paciente. En estos casos, el ensañamiento terapéutico pudiera considerarse una forma de hacerle daño al paciente y violaría el principio de no maleficencia, que en orden jerárquico está por encima de la beneficencia.

En pacientes con muy pocas o ninguna posibilidad de recuperación, una vez agotadas todas las medidas terapéuticas razonables, la suspensión de medidas de soporte vital no debe considerarse maleficencia. En otras palabras, en estos pacientes la denominada eutanasia pasiva, consistente en dejar de realizar procedimientos que prolonguen inútilmente la vida, y orientar la terapéutica hacia tratamientos paliativos para calmar el sufrimiento y permitir la evolución natural de la enfermedad, no puede considerarse un acto de maleficencia (27). Por el contrario, sí sería maleficencia el ensañamiento terapéutico a través de la realización de medidas extraordinarias o fútiles.

A pesar de una intensa discusión al respecto la tendencia actual sigue siendo a rechazar aquellas situaciones en las que de alguna manera se intervenga en forma activa para ocasionar la muerte de alguien. Es así como la eutanasia activa y el suicidio asistido son rechazados por la mayoría. Por el contrario, la eutanasia pasiva es cada vez más sólida y éticamente aceptada. Es el regreso de una ilusión tecnológica hacia la aceptación de nuestras limitaciones. Lejos de ser visto como un fracaso de la medicina, representa una aceptación de nuestra condición mortal y una reorientación de la estrategia médica hacia la búsqueda de los objetivos que mejo-

ren la atención de los pacientes en condición terminal.

El médico no debe considerar que su única función es salvar vidas y curar enfermedades. La función real del médico es ayudar al paciente en la búsqueda de lo que para él sea mejor. Es también obligación del médico reconocer el límite de sus posibilidades terapéuticas y el reasumir el término “desahuciar al enfermo”, una vez que acepta que ya no podrá preservarle la vida. En ese momento, debe reorientar sus esfuerzos para ayudar al paciente a morir con dignidad (27).

Es importante que el intensivista recuerde las palabras del Dr. Dunstan: “El éxito en los cuidados intensivos no debe, por lo tanto, ser medido únicamente por las estadísticas de supervivencia como si cada muerte fuese un fracaso médico. Debe, mejor, ser medido por la calidad de las vidas preservadas o recuperadas, y por la calidad del morir de aquellos cuyo resultado fue la muerte, y por la calidad de las interacciones humanas que se dieron en cada muerte” (28).

Finalmente, en el análisis ético debe siempre considerarse los costos actuales de la asistencia médica. El principio de justicia exige una adecuada distribución de los recursos sanitarios los cuales deben ser utilizados con equidad. Aun cuando sea difícil de aceptar, la medicina de hoy debe asumir la responsabilidad de lograr que los recursos sanitarios sean administrados eficientemente.

Como alternativas para enfrentar el problema de la adecuada utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos en los pacientes críticos, se requiere primero educación, tanto del equipo de salud como de la población. En el primer caso, es indispensable que los miembros del equipo de salud conozcan los aspectos éticos y legales implicados en el tratamiento de los pacientes críticos. A su vez, se requiere que la población conozca sus derechos y las vías que debe implementar para exigirlos. Es además importante que se legisle sobre las diferentes alternativas de expresar con anterioridad la voluntad de la persona. Si bien los documentos propuestos no cubren todas las expectativas, son de gran ayuda para permitir conocer la forma de pensar del paciente. Es importante que se insista en mejorar los indicadores pronósticos, y finalmente se necesita que se aprueben políticas sanitarias claras, que permitan al médico tener una orientación justa sobre a quién y qué tipo de medidas aplicar y cuándo no aplicarlas. Esto contribuirá a hacer más justas las decisiones.

En conclusión, se puede decir que las medidas de soporte vital, disponibles hoy en

las Unidades de Cuidados Intensivos, han representado un avance extraordinario que ha redundado en reducir la mortalidad de muchos pacientes que de otra manera hubiesen muerto irremediablemente. Sin embargo, estas mismas medidas pueden en algunos casos prolongar inútilmente el proceso de morir. El médico de hoy debe analizar detalladamente cada caso para decidir cuándo iniciar en un paciente tales medidas y, una vez que las inicie, tratar de establecer en qué pacientes se justifica mantenerlas. Estas decisiones no son fáciles debido a que no disponemos en los actuales momentos de métodos diagnósticos que nos permitan establecer un pronóstico certero. Tales decisiones deben tomarse basándose en la naturaleza y severidad de la enfermedad, evolución de la misma, indicadores pronósticos generales o específicos y en la experiencia del grupo médico. Se requiere, en estos casos, de una detallada deliberación que permita un minucioso análisis de todas las variables implicadas, especialmente en términos de pronóstico de sobrevida y calidad de vida y, una vez que se llegue a la conclusión de que el tratamiento aplicado o que se piensa aplicar no aportaría ninguna oportunidad razonable al paciente, éste debe considerarse como fútil y sería maleficiente realizarlo. En ese caso, se debe explicar claramente la situación al paciente, y si éste no fuera competente a sus familiares, con la finalidad de llegar a un acuerdo para proceder a la suspensión del mismo.

Debemos aceptar que siempre existirá la posibilidad de error, la cual será menor en la medida que las variables analizadas sean exactas y que la deliberación sobre el caso sea bien llevada. Se debe tener siempre en cuenta que lo más importante es respetar la voluntad del paciente y que en estos casos la calidad de vida de acuerdo a los valores de cada persona está por encima de la sacralidad de la vida. El objetivo del médico no es solamente salvar vidas y curar enfermedades, sino además reconocer en qué momento renunciar a este propósito y reorientar sus esfuerzos a aliviar el sufrimiento, consolar al enfermo y ayudarlo a morir con dignidad.

RESUMEN

Los avances tecnológicos de las últimas décadas han permitido mejorar la sobrevida y calidad de vida de muchos pacientes que antes hubieran muerto irremediablemente. A la vez, ha surgido una serie de problemas que debemos afrontar. En el caso de los pacientes críticos, la falta de elementos objetivos para establecer el pronóstico en forma certera, la rapidez con que deben tomarse las decisiones, la diversificación de las especialidades médicas, el paternalismo aún imperante en muchos casos, la falta de información y los temores legales, ha llevado a que se utilicen medidas de

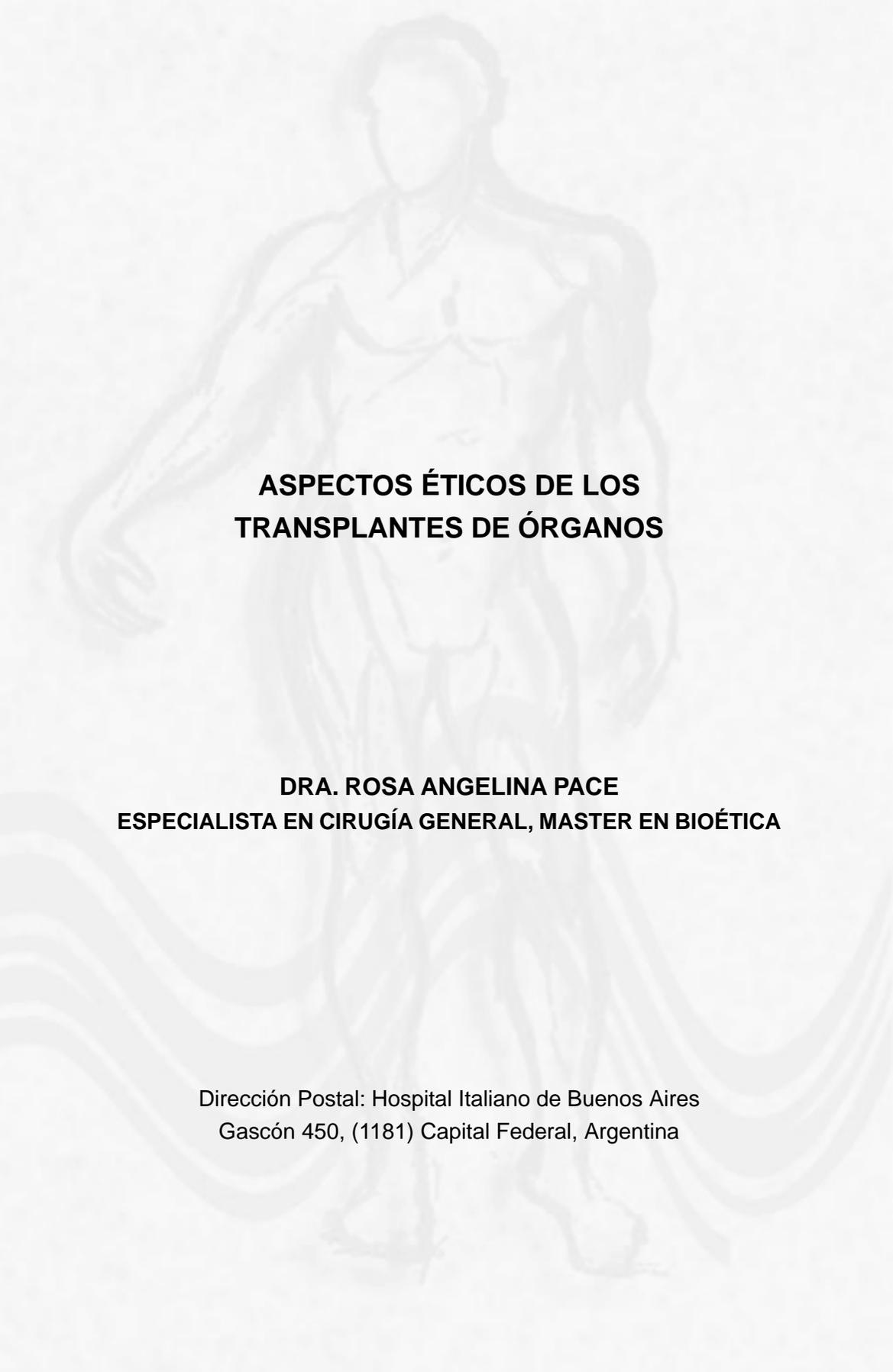
soporte vital en pacientes que no se benefician de ellas. Esto ha contribuido a aumentar el sufrimiento de muchos enfermos, al prolongar el proceso de morir y a aumentar los costos de la medicina a niveles insostenibles. La falta de políticas sanitarias claras ha propiciado este problema. Se requiere, por tanto, una labor educativa, tanto del equipo de salud, como de la población para hacer conocer las consideraciones médicas, éticas, legales y económicas implicadas en estas situaciones. Es necesario mejorar los indicadores pronósticos y finalmente diseñar políticas sanitarias claras que faciliten las decisiones y hagan más eficiente la utilización de los recursos tecnológicos.

REFERENCIAS

1. THOMASMA D. The ethics of letting go. *Journal of Critical Care*; 8: 170 – 176, 1993.
2. FISHER M., RAPER R. Withdrawing and withholding treatment in intensive care. *The Medical Journal of Australia*; 153: 217 – 225, 1990.
3. SMEDIRA N., EVANS V., GRASS L. et al. Withdrawing and withholding of life support from the critically ill. *New Engl J. Med.* 332: 309 – 315, 1990.
4. GRACIA D. Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. *Ediciones Doce Calles, Madrid.* pp. 127, 1996.
5. CASTILLO – VALERY A. Aspectos ético – morales sobre la asistencia del paciente terminal. Muerte encefálica. Donación de órganos. *Cuadernos de la Federación Médica Venezolana N° 8. Caracas,* pp. 31 – 32, 1994.
6. PLUM F., POSNER J. The diagnosis of stupor and coma. *F.A. Davis Company, Philadelphia,* pp. 314, 1982.
7. CASTILLO VALERY A., FILOMENA M. Crisis vital, muerte cerebral y ética médica. *Disinlimed C.A. Caracas,* pp. 105 – 112, 1992.
8. STEINBROOK R. Beyond Lo B., the Cruzan Case: The U.S. Supreme Court and medical practice. *Ann Intern Med.* 114: 895 – 901, 1991.

9. MILES SH. Informed demand for “non beneficial” medical treatment. *New Engl J. Med.* 325: 312 – 315, 1991.
10. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. *Consensus report on the ethics of forgoing life – sustaining treatments in the critically ill. Critical Care Medicine.* 12: 1435 – 1439, 1990.
11. BONE R., RACKOW E., WEG J. and members of the ACCP/SCCM. *Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawal of intensive care. Chest* 97: 949 – 958, 1990.
12. GRACIA D. Ética de la Calidad de Vida. *Cuadernos del Programa regional de Bioética. Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe OPS/OMS, Nº 2, pp. 41 – 59, 1996.*
13. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA* 274: 1591 – 1598, 1995.
14. HLATKY M. ROGERS W. JOHNSTONE y et al. Medical care costs and quality of life after randomization to coronary angioplasty or coronary bypass surgery. *New Engl J. Med.* 336: 92 – 99, 1997.
15. THOMAS J. O’DONNELL S.J. *Morals in medicine. The Newman Press, 2 De. Westminster, Maryland, pp. 63, 1960.*
16. JUAN PABLO II. *Evangelio de la vida. Ed. Trípode. Caracas, pp. 76, 1995.*
17. LUCE J. WACHTER R. The ethical appropriateness of using prognostic scoring systems in clinical management. *Critical Care Clinics* 10: 229 – 241, 1994.
18. TROUG R., BRETT A., FRADER J. The problem with futility. *New Engl. J. Med.* 326: 1560 – 1564, 1992.
19. SCHNEIDERMAN L, JECKER N, JONSEN A. Medical Futility: Its meaning and ethical implication. *Ann Intern Med.* 112: 949 – 954, 1990.

20. WEISS. , HUDSON L. Outcome from respiratory failure. *Critical Care Clinics: 10: 197 – 215*, 1994.
21. KNAUS. , WAGNER D., DRAPER E. et al. The APACHE III System. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest: 100: 1619 – 1636*, 1991.
22. LYNN J. HARRELL F. COHN F. et al. Prognoses of seriously ill hospitalized patients on the days before death: implication for patient care and public policy. *New Horizons 5: 56 – 61*, 1997.
23. GRACIA D. Morir con Dignidad: *Dilemas éticos en el final de la vida*. Ediciones Doce Calles, S.L. Madrid, pp. 112, 1996.
24. CASTILLO – VALERY A. Ética médica ante el enfermo grave. *JIMS, Barcelona*, pp. 89 – 103, 1986.
25. THURO LC. Learning to say no. *New Engl. J. Med. 311: 1569 – 1572*, 1984.
26. GRACIA D. Procedimientos de decisión en ética clínica. *Eudema Universidad. Madrid. España*, pp. 140, 1991.
27. GRACIA D. Morir con Dignidad: *Dilemas éticos en el final de la vida*. Ediciones Doce Calles, Madrid, pp. 140, 1996.
28. DUNSTAN GR. Hard questions in intensive care. *Anaesthesia. 40: 479 – 482*, 1985.



**ASPECTOS ÉTICOS DE LOS
TRANSPLANTES DE ÓRGANOS**

**DRA. ROSA ANGELINA PACE
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL, MASTER EN BIOÉTICA**

Dirección Postal: Hospital Italiano de Buenos Aires
Gascón 450, (1181) Capital Federal, Argentina

SUMMARY

The therapeutics of many kinds of transplants has surpassed the experimental stage and been consolidated as an effective alternative in many clinical cases.

In its relatively short history, homotransplants (i.e., transplants made between different individuals of the same species) have presented innumerable ethical problems according to the different stages it was going through. In its initial or experimental stage, it presented problems related to experimenting on humans. Once it jumped that hurdle, its problems were related to risk/benefit calculations. Today, consolidated as a useful alternative, its problems are related to the shortage of resources and, fundamentally, of organs.

This text attempts to give a global idea of the ethical problems surrounding transplants without intending to be the final word.

RESUMO

A terapêutica de muitos transplantes tem superado a etapa experimental consolidando – se, em muitas situações clínicas, como uma alternativa eficaz.

No decorrer do processo, os homotransplantes, isto é, os transplantes entre indivíduos diferentes da mesma espécie, tem apresentado inúmeros problemas éticos.

Na primeira etapa, a experimental, focalizaram – se nos problemas relativos a experimentação entre humanos. Superada essa etapa, a centralidade esteve nos problemas relacionados com risco – benefício e custo – benefício. Hoje, já consolidados os transplantes como uma alternativa útil, os problemas surgem naquelas áreas ligadas à escassez de recursos e, principalmente, à escassez de órgãos.

Este trabalho é uma tentativa de oferecer uma idéia global da problemática, sem a pretensão de ser definitivo.

Actualmente pocas dudas pueden quedar acerca de la real utilidad de la terapéutica de muchos trasplantes de órganos. Superados los escollos técnicos y controlada la principal dificultad clínica: “el rechazo”, muchos trasplantes de órganos se han constituido en una opción válida dentro del arsenal terapéutico.

Además de resolver situaciones en las que está en juego la vida, se puede mejorar la calidad de ésta en otras ocasiones. Pero todo esto con una peculiar característica: **Para poder llevarse a cabo necesita de la sociedad entera y echa mano de la solidaridad como elemento insoslayable.**

Al menos hasta que los órganos artificiales o los xenotrasplantes (trasplantes de órganos de otras especies) se establezcan como útiles, las únicas posibilidades existentes con respecto a los trasplantes involucran a una persona viva o son de donante muerto y por lo tanto siempre hay que apelar al altruismo de una persona, o de quien lo fue, y de su familia. Además pone a prueba los diferentes estamentos sociales por la complejidad del proceso de donación y trasplante.

Es muy fácil imaginar entonces que existen innumerables problemas éticos en torno a los trasplantes en sus diversas modalidades y que solamente de la adecuada resolución de los mismos podremos obtener resultados de calidad.

1. RESEÑA HISTÓRICA DE LOS TRASPLANTES

La denominación “trasplante” engloba una serie de procedimientos diferentes entre sí y con una historia también diferente que data de muchísimos años.

Podemos distinguir tres grandes tipos de trasplantes:

- (a) Los autotrasplantes: son aquellos que se realizan dentro de un mismo individuo. Por ejemplo, los injertos de piel de una zona dadora a una receptora dentro de una misma persona. Su historia es muy antigua y data del siglo VI a.C. sobre todo en la cultura hindú. Tagliacocci en el siglo XVI introdujo el colgajo de piel pediculizado, que es aquel que no pierde la irrigación vascular que depende de la

zona dadora. Reverdin en 1870 describe el injerto libre. Por supuesto no generan rechazo, son frecuentemente usados en la actualidad con excelentes resultados, no plantean excesivos problemas éticos.

- (b) Los homotrasplantes: es este el tipo de trasplantes que nos interesa en este trabajo. Es aquel que se realiza dentro de una misma especie pero entre individuos diferentes. En nuestro caso dentro de la especie humana, pero de un individuo (donante) a otro (receptor). El ejemplo histórico típico de este tipo de procedimientos es la transfusión sanguínea que recién tuvo éxito cuando Lansteiner descubrió el sistema ABO en 1901.

En todos estos casos se produce el fenómeno denominado rechazo. En 1902 Alexis Carrel (1) puso a punto la técnica de anastomosis vascular y con ello queda resuelto uno de los principales problemas técnicos, y en 1958 Van Roux descubre el sistema HLA (sistema mayor de histocompatibilidad), sistema por el cual el organismo humano reconoce como distintos los tejidos de otro individuo, a pesar de pertenecer a la misma especie y es responsable del fenómeno del rechazo. Y el hito en la historia de los trasplantes es en 1954, año en que se realizó con éxito el primer trasplante renal en gemelos monocigóticos en el Peter Bent Brigham Hospital. Por esos años comienzan a probarse diversas combinaciones de drogas inmunosupresoras y se inicia una serie de trasplantes de órganos. En 1963 Hardy realiza el primer trasplante de pulmón (3) y Starzl (4) los primeros de hígado. En 1967 Cristhian Barnard lo hace con el corazón (5). Pero en esta historia hay un antes y un después del descubrimiento de la Ciclosporina A en 1978, que inmunosuprime de manera aceptable controlando bastante bien el rechazo, permitiendo así la utilización masiva de los trasplantes.

- (c) Por fin un tercer tipo de trasplante nos queda por mencionar, los heterotrasplantes, que son aquellos que se realizan entre diferentes especies, por ejemplo de un animal al humano. Aunque podemos considerar que aún están en etapa experimental y podría ser objeto de un amplio debate, pero excede el propósito del presente trabajo.

Nuestra situación actual es:

- Ya se ha consolidado una nueva mentalidad alrededor del concepto de trasplante.
- Equipos sanitarios competentes.

- Drogas inmunosupresoras aceptables, aunque todavía no demasiado selectivas que sería lo deseable.
- Conciencia clara de la utilidad social de los mismos y de la solidaridad que esto requiere. Y voluntad de invertir parte del presupuesto sanitario para estos fines, aunque en nuestros países específicamente sea controvertido.

2. HISTORIA DE LOS PROBLEMAS ÉTICOS

A lo largo de la historia, los trasplantes fueron planteando una infinidad de problemas éticos que se agruparon en torno a las diferentes fases por las que fue pasando esta modalidad terapéutica. Siguiendo a Diego Gracia podemos dividir estas etapas en:

1. Fase experimental: Comprende los años transcurridos entre 1959 y 1975. Es la etapa experimental del procedimiento, por tanto se plantean todos los problemas éticos de la experimentación en humanos. Los criterios de muerte cerebral no estaban bien establecidos y tampoco legislados y se consideraba mutilación la obtención de órganos de donantes vivos.
2. Fase de consolidación: Abarca de 1975 a 1983. Se legisla acerca de la muerte cerebral y sobre las condiciones que debe cumplir el proceso de donación y trasplante. Mejora la relación riesgo – beneficio y costo – beneficio, pero se cuestiona la aplicación de fondos para los mismos.
3. Fase terapéutica: Esta etapa comienza con la aparición de la ciclosporina A y con ella una efectiva inmunosupresión, por lo que el trasplante comienza a ser un tratamiento efectivo. Los problemas que se plantean son aquellos que tienen que ver con la escasez de recursos y los altos costos, la escasez de órganos y la justa selección de los receptores.

Iremos viendo los principales problemas éticos, muchos de los cuales tienen plena actualidad.

A. Experimentación en humanos

El problema ético de la experimentación en humanos en el caso de los trasplantes no difiere sustancialmente del problema ético de la experimentación en humanos en

general y sobre ello hay abundante material bibliográfico (6) pero tiene algunos puntos específicos que no deben ser minimizados. Según Moore existen tres principios fundamentales:

- El procedimiento debe estar avalado por una importante investigación científica.
- Los cirujanos y demás integrantes del equipo deben tener suficiente experiencia.
- La institución en que se practiquen debe estar reconocida por su trayectoria científica y ética (7).

Desgraciadamente, no siempre se cumplen estas premisas.

B. El problema de la muerte cerebral

El cambio conceptual que significó la “muerte cerebral” es un importante punto de inflexión en la historia de los trasplantes. De ser el donante vivo el único recurso, ahora existe la posibilidad, antes inviable, de transplantar órganos impares como el corazón. Pero es importante saber que no fue la necesidad de la “transplantología” lo que motivó este cambio, sino que fue una consecuencia del desarrollo de la Terapia Intensiva.

Para poder acercarnos al problema de la muerte me gustaría citar una sentencia de Laín Entralgo que creo tiene que ser el marco en el que deban abordarse, tanto el problema científico como ético de la muerte: “Para la mente humana, lo cierto será siempre penúltimo y lo único será siempre incierto” (9). Sólo así puede comprenderse cómo a lo largo de la historia el concepto de muerte fue cambiando y podremos concluir con Diego Gracia que la muerte no es un hecho natural, sino un constructo cultural, convenciones racionales siempre mediatizadas por la cultura, siendo un tema siempre abierto e imposible de cerrar definitivamente (10).

A lo largo de nuestra cultura occidental el concepto de muerte fue variando. En la cultura griega y como consecuencia de su peculiar manera de interpretar el mundo, nace el concepto de “muerte natural” que tuvo enorme suerte en la historia llegando así hasta nuestros días (10). La muerte cardiopulmonar fue definida como muerte natural. Aquella en la que poco a poco van “muriendo” las diferentes funciones del organismo y por último lo hace el corazón, de ahí que se lo haya llamado *ultimun moriens*. Este concepto persistió, aunque con algunos matices. Por ejemplo, en el siglo XVIII, por ciertas imprecisiones en el diagnóstico, hubo una oleada de temor a

ser enterado vivo, por lo que se legisla sobre un tiempo precautorio antes del entierro, y que actualmente sigue siendo de 24 horas (11). Más adelante, cuando la célula es identificada como unidad anátomo funcional de los seres vivos, vuelve a plantearse una diferente concepción de la muerte, “la muerte celular” aunque difícilmente asumible como criterio de muerte, por la imposibilidad de llevarla a la práctica. Ninguna sociedad hubiera podido esperar la putrefacción para determinar la muerte.

A mediados de nuestro siglo, se desarrolla una nueva especialidad médica: la Terapia Intensiva y con ella comienza el auge de diversas técnicas de soporte vital, entre ellas el uso de respiradores. Fue así como en 1959, en dos lugares de Francia casi simultáneamente se describe una situación fisiopatológica nueva caracterizada por coma apneico, ausencia de reflejos osteotendinosos y de tronco con corteza eléctricamente silente, generalmente en pacientes con alteraciones orgánicas intracraneales. Dicho cuadro irreversible fue denominado “coma dépassé” (12, 13).

Es interesante observar como las técnicas de soporte vital fueron capaces de descomponer, a la manera de un prisma, los diferentes hechos biológicos que convergen en el fenómeno que llamamos muerte y ante esta nueva perspectiva se hizo estrictamente necesaria la reformulación del concepto de muerte. Podemos entonces preguntarnos con Laín: “Si la vida humana es, como con tanta insistencia vengo afirmando, la realización y expresión de una peculiar estructura de la materia ¿qué puede ser, científicamente contemplado, el hecho de la muerte? Evidentemente, una descomposición de esa estructura que, además de afectar al todo de su actividad específica, sea por completo irreversible. Hay muertes parciales en la estructura de un individuo, por ejemplo de la corteza occipital del cerebro cuando un traumatismo o una afección patológica la destruyen. Hay, por otro lado, muertes aparentes, y en consecuencia reversibles. Obviamente, sólo cuando coinciden la totalidad y la irreversibilidad de la destrucción podrá hablarse de muerte real. En la estructura del organismo ¿hay alguna parte cuya exclusión funcional dé lugar a la muerte irreversible del todo? A juzgar por lo que nos enseña la actual experiencia tanatológica, el cerebro es un órgano ultimun moriens, de los metazoos superiores comprendido el hombre. El accidente mortal puede iniciarse en el corazón o en el hígado; pero sólo llega a ser definitivamente mortal cuando de manera irreversible ha excluido enteramente la actividad del sistema nervioso central; en él tiene su hegemonikón diría un filósofo estoico, la dinámica del cuerpo humano” (14).

Esta fue la situación que logró hacer patente la terapia intensiva y estas fueron las

situaciones que obligaron a reformular el concepto de muerte. Fue así como en la XXII Reunión Médica Mundial en Sydney (Australia) surge un informe sobre cambios conceptuales sobre la muerte y aparecen también los conocidos criterios de Harvard en JAMA (revista de la Asociación Médica Norteamericana) (15) y que son posteriormente apoyados por la President's Commission que define así: "Un individuo está muerto cuando le ha sobrevenido o bien el cese de las funciones respiratoria y circulatoria, o bien el cese irreversible de todas las funciones cerebrales incluyendo el tronco cerebral. La determinación de muerte debe realizarse de acuerdo a los estándares médicos aceptados" (16). Pero el cerebro es a su vez un órgano muy complejo, con estructuras y funciones que datan de diferentes momentos de la evolución filogenética. Por tanto las formulaciones de muerte cerebral según criterios neurológicos pueden ser más de una (17).

Tanto los criterios de Harvard como la President's Commission hacen alusión a la muerte de todo el encéfalo. Son los que usan habitualmente en nuestros países y están legislados. No es el objetivo de este trabajo profundizar sobre estos aspectos, pero sí cómo la muerte sigue siendo objeto de controversias y que todavía hay planteamientos teóricos en los que avanzar. Hay quienes proponen, como Barlett y Younger que lo que dota de naturaleza específicamente humana es el **contenido** de la conciencia y afirman: "...sólo las funciones corticales superiores, la conciencia y las funciones cognitivas, definen la vida y la muerte de un ser humano" (18). Desde este punto de vista, se considerarían muertos un conjunto de pacientes a quienes hoy consideramos vivos: los anencéfalos, los estados vegetativos persistentes y ciertas demencias profundas. Si bien este último criterio parece difícil de llevarlo a la práctica, lo que nos confirma es que el concepto de muerte es un producto de la cultura y esto es posible pues "a diferencia de las restantes especies animales, la especie humana tiene y no puede no tener historia, el hecho de proyectar y la actitud ante lo proyectado y conseguido hacen que el hombre sea un animal historicum" (19).

Bioética y Muerte

Después de lo dicho anteriormente es fácil imaginar que además del concepto de muerte, ha cambiado en la práctica la forma de morir. Así como se medicalizó el nacimiento también ocurrió lo mismo con el final de la vida.

Ya casi nadie muere en su casa rodeado de familiares como en tantas obras de arte fue retratado. Estas modificaciones impuestas por la ciencia obligan a replantear cuestiones filosóficas y religiosas, a establecer nuevas pautas culturales y a cambiar prácticas sociales.

Hace 50 años era inimaginable la posibilidad de considerar muerto a un cuerpo cuyo corazón aún late. Hoy esto es una realidad y quizá dé más certeza de la muerte verdaderamente “humana”, pues actividades específicamente humanas tienen su sede en el cerebro, que podría ser considerado “órgano del alma”, así como con absoluto rigor intelectual y científico lo hace Laín: “La vida humana es intimidad y acción en el mundo, amor y odio, creación artística y creación intelectual, religiosidad y arreligiosidad, heroísmo y cobardía, alegría y dolor, sociabilidad e historia, diversión y tedio, tantas cosas más. Lo cual no es óbice para pensar que en el nivel actual del pensamiento y de la ciencia es altamente razonable referir todas esas formas de vida a la actividad psíquica del cerebro del hombre, tal como evolutiva y estructuralmente se ha configurado en el actual homo sapiens; más razonable desde luego que atribuirles a un alma concebida como ente inmaterial, contradistinto del cuerpo y superior a él” (20).

La ética, un saber sobre lo práctico, debe dar cuenta de todo esto y reflexionar acerca de cuáles son nuestras obligaciones morales en estas situaciones. Teniendo como marco el imperativo categórico de Kant, de que los seres humanos merecen consideración y respeto, y deben ser tratados como fines y no como medios, podemos decir que seremos **no maleficentes** dando cuenta del diagnóstico más cierto de muerte en el estado actual de los conocimientos médicos. Además el diagnóstico de muerte cerebral debe ser independiente de la eventual donación de órganos.

Seremos **justos** si ante esta nueva concepción de muerte, que tiene más repercusión social por la estrecha relación con los trasplantes de órganos, se hacen públi-

cos los criterios. Se fomenta así el debate en las sociedades y en el seno de las familias, para que cada persona **autónomamente** pueda decidir qué hacer en el caso de estar en situación de muerte cerebral. Convirtiendo entonces el hecho de donar los órganos en un acto autónomo, el último, a pesar de no ser competente hasta el final.

Y a mi entender es un deber de **beneficencia** de todas las personas que de alguna manera estamos en relación con estos temas, educar a toda la sociedad para que la comprensión de la situación de muerte cerebral no quede reservada a unos pocos y para que redunde en beneficio de todos.

C. Acerca del consentimiento y la donación

Dos son las maneras en que puede considerarse desde el punto de vista legal el consentimiento para la donación de órganos de cadáver.

- Consentimiento expreso: es aquel que requiere que las personas positivamente den su consentimiento para la donación en caso de no estar en situación de muerte cerebral.
- Consentimiento presunto: es aquel en que se considera donante potencial a todo sujeto que previamente no haya expresado de alguna manera su negativa a la donación.

Si bien esta segunda parece más útil, en general no puede llevarse a cabo, pues se respeta la opinión de las familias a quien se debe consultar si en vida el sujeto en cuestión se opuso a la donación de alguna manera, aunque sea oral. Y además no conviene ir en contra de lo que opinan los propios familiares, pues a largo plazo podría repercutir negativamente sobre la globalidad de las donaciones.

Cuestiones éticas de la donación

- Con la terapéutica de trasplantes, se considera que la obligación del personal sanitario que trabaja en las unidades de cuidados intensivos **no** termina con el diagnóstico de muerte cerebral, sino que desde ese momento, y cambiando el esquema terapéutico, los esfuerzos deben ir dirigidos a mantener “el cadáver latente” en óptimas condiciones para que de donante potencial pueda transfor-

marse en donante efectivo. Por tanto es un deber moral de no maleficencia el considerar parte del trabajo diario la mantención del donante de manera que no se pierdan esos órganos, pues gracias a un trasplante se puede ofrecer mejor calidad de vida a algunos pacientes, y para otros es la única alternativa a la muerte.

- Se debe dar información completa y con vocabulario claro a las familias, así como respetuosas respuestas a sus demandas.
- Contar con el espacio físico adecuado en el cual dar información y solicitar la donación.
- No proceder a la extracción si la familia se opone.
- Asegurar la competencia de los equipos médicos, así como también que las instituciones en las que se llevan a cabo cuenten con la infraestructura necesaria.

D. Problemas éticos planteados por los donantes vivos

La acción de donar partes regenerables de nuestro cuerpo a otros individuos es habitual desde hace muchos años; ejemplos de las mismas son la donación de sangre o el más reciente trasplante de médula ósea y no plantea demasiados problemas éticos. Por el contrario, cuando hablamos de órganos cuya extracción comporta ciertos riesgos, la connotación ética es diferente. La bioética es la introducción de los valores, además de los hechos, en la toma de decisiones, a fin de aumentar su corrección y calidad (21). En cuestión de trasplantes es una posibilidad cierta contar con donantes vivos, es real que benefician al receptor y es real también que el riesgo es bastante bajo y por tanto puede ser asumible. Pero en el análisis debemos tener en cuenta ciertos valores, como la futilidad de la donación si existen donantes cadavéricos disponibles, el carácter altruista y no comercial y la importancia de que sea un acto autónomo, libre de coacción.

Ventajas y riesgos

Como resulta obvio, los únicos órganos en los que puede aceptarse como donante a una persona viva son: uno de los dos en caso de órganos pares, parte de un órgano impar regenerable o, en el caso de no ser regenerable, cuya función rema-

nente no se afecte.

Riñón: El caso de los riñones es un hito en la historia de los trasplantes pues el primero exitoso fue renal. Desde entonces es una práctica muy frecuente, con poca repercusión funcional para el donante, como lo demuestran numerosos monitores congénitos o quirúrgicos. Las ventajas sobre los donantes cadavéricos, aunque existen, son pequeñas.

Por ejemplo, se puede elegir el momento del trasplante, obviando períodos de isquemia, elegir el mejor momento clínico del paciente, así como estrechar vínculos donante – receptor (22). Pero también es cierto que existen riesgos. Tiene una mortalidad baja de 0.1 a 0.2% (23, 24) y una morbilidad de 2.5% (25), y 8% según otros autores (26), siendo un riesgo no despreciable.

Existen actualmente muchos países en los que gran parte de los trasplantes renales se realizan de donante vivo: EE.UU. en 1984 el 32% y el Reino Unido el 12% (26). En Latinoamérica, también es excesiva la cifra de trasplantes renales que se realizan con donantes vivos.

Hígado: En este caso el problema es distinto al anterior: el hígado es un órgano impar pero regenerable. La cirugía en el donante es mucho más compleja que en el caso del riñón y por tanto entraña más riesgos que una nefrectomía. De cualquier manera, lo cierto es que se puede prescindir de una parte del hígado sin menoscabo de la calidad de vida y actualmente existen equipos entrenados en cirugía hepática que minimizan los riesgos de intervenciones que antes parecían osadas. Los primeros trasplantes hepáticos con donante vivo se realizaron en Brasil (27) y Australia (28), obligados por las dificultades en la obtención de órganos. Más tarde en EE.UU. (29) y en Japón, donde es el único recurso porque por razones religiosas no se acepta la donación de cadáver (30).

Esta terapéutica va dirigida a niños, pues la masa transplantable que requieren es pequeña.

Las ventajas que tiene esta modalidad es la reducción del tiempo de espera, que se puede elegir el momento oportuno para la cirugía, no llegando así al deterioro importante de la función hepática. Por otro lado, reduce el tiempo de isquemia y podría

esperarse mayor tolerancia del injerto por la mayor compatibilidad al estar emparentados genéticamente.

Los riesgos son mayores que en el caso anterior. El abordaje quirúrgico es más amplio, la sección del parénquima hepático implica riesgos tanto vasculares como biliares, aunque en manos expertas son controlados y mínimos.

La morbilidad fue descrita por varios autores como leve (31, 32, 33) y debe ser contrapesada por la mejoría del receptor y del donante, pues en general se trata de familiares muy cercanos (34, 35). En el caso del receptor también hay mayor riesgo que con un hígado cadavérico, pues las anastomosis vasculares tienen resultados inciertos a largo plazo.

Pulmón: El trasplante de pulmón de donante vivo resulta más complejo aún que los anteriores. Si bien se trata de un órgano par, no es regenerable y los riesgos quirúrgicos no son despreciables. La totalidad de los mismos han sido practicados en niños usando un lóbulo de uno de sus progenitores (36) o dos donados por cada uno de ellos (37). Las ventajas de esta donación son parecidas a las de los casos anteriores, pero tiene enormes desventajas como resultados a largo plazo no tan satisfactorios (38, 39).

¿Es necesario recurrir al donante vivo?

Muchos autores piensan que este tipo de donación podría considerarse como comprometiendo el principio de **no maleficencia** (40), dados los riesgos que debe correr la persona que dona. Por tanto, debería estar reservada para aquellas situaciones en las que no hay otra alternativa aceptable. Como hemos visto, no existen diferencias sustanciales entre los resultados de trasplantes de donantes vivos y cadavéricos, por lo que la única causa que podría justificar el utilizar donantes vivos para este tipo de procedimientos es la insuficiencia en la oferta de órganos cadavéricos.

¿Cuándo y bajo qué condiciones se podría considerar éticamente aceptable la donación de vivo?

- Tiene que ser la única alternativa: Es evidente que si la donación de cadáveres permite prever un tiempo de espera razonable no sería deseable recurrir a un donante vivo (40).

- Tiene que haberse contrapesado cuidadosamente el beneficio esperado contra los posibles riesgos: Para algunos órganos como riñón o hígado, esto puede ser muy claro, pero en el caso del pulmón el balance ha de ser muy crítico por los riesgos a que se somete el donante.
- Se tienen que ofrecer las mejores condiciones técnicas: No es permisible afrontar este tipo de donaciones fuera de ámbitos en que operaciones similares no sean practicadas frecuentemente.
- En cuanto al principio de **autonomía**, el donante ha de ser necesariamente adulto y competente, debe decidir por sí mismo y sin presión alguna, lo que solamente es posible si se dan las siguientes circunstancias:
 - Debe proporcionársele información exhaustiva sobre la indicación, los beneficios posibles del trasplante, los riesgos de las complicaciones, e incluso la mortalidad para él y para el receptor, así como la posibilidad de que se necesite un retrasplante por falla del órgano.
 - El donante debe hacer constar por escrito su Consentimiento Informado en presencia de las personas encargadas de llevar a cabo la operación y con participación de autoridades judiciales. Es conveniente que el consentimiento se dé en etapas sucesivas separadas por lo menos por dos semanas, espacio de tiempo destinado a la reflexión. El donante debe saber que existe la posibilidad de una vuelta atrás en una decisión tan delicada. Y debe saber también que tendrá la posibilidad de una salida elegante en el caso de no estar dispuesto a la donación.
 - El donante debe ser sometido a una evaluación psicológica.
 - No es permisible coacción alguna y concretamente, no puede aceptarse la donación en el caso de que la necesidad del órgano sea urgente, pues en tales circunstancias no se dan las condiciones de sosiego necesarias para tomar una decisión de esa índole.
 - El donante adecuadamente informado es el que debe decidir en último término un acto libre (41).

Respeto al Principio de Justicia

Con respecto al principio de justicia podemos decir que todos los hombres merecemos un trato social que no discrimine por ninguna razón, por tanto en función de los trasplantes de donante vivo podemos decir que la manera de no vulnerar este principio sería:

- La donación debe ser altruista y motivada por el afecto: Somos conscientes de que en algunos países las cosas son muy distintas (42) pero pensamos que no debe existir remuneración para las donaciones sino que debe ser un acto altruista, libre y motivado solamente por el afecto. Por lo que quedaría reservada a donantes emparentados genética o emocionalmente.
- La comercialización de órganos es inaceptable: Desde todo punto de vista la comercialización de órganos es inaceptable. Por tanto hay que llamar la atención sobre el peligro de remuneración a que se exponen los países en los que se acepta la donación de vivo no emparentado. Y si bien hay gente que piensa que es lícito que una persona que se encuentra en mala situación económica pueda recibir dinero a cambio de un órgano, creemos que esto no hace más que acen-tuar las diferencias contribuyendo a la injusticia.

E. La escasez de órganos

Este es un problema crucial en todos los países. Han aumentado las indicaciones de trasplantes y las donaciones siguen siendo insuficientes para las necesidades.

Después de lo dicho anteriormente, estamos en condiciones de afirmar que lo ideal y éticamente aceptable sería fomentar la donación de órganos de donantes cadavéricos. Hemos dicho además que los trasplantes de donantes vivos son justificables éticamente, pero deberían ser la excepción y no la regla, porque conllevan siempre problemas difíciles de solucionar. Y si bien decimos que deben estar motivados por el afecto y ser altruistas, nunca se puede afirmar del todo si existe o no una sutil coacción en ese acto.

Los profesionales de la salud y las autoridades tenemos una gran responsabilidad

frente a estas situaciones, pues al introducir este procedimiento dentro de la terapéutica se debería también fomentar las donaciones cadavéricas y arbitrar los medios como para que sea un recurso válido y las donaciones de vivo sean realmente una parte menor de las mismas.

Por otro lado, los países en los que se aceptan los donantes no emparentados genética o emocionalmente se exponen al comercio de órganos, que desde nuestro punto de vista no es compatible con el derecho a igual consideración y respeto de las personas y no haría más que acentuar las diferencias. Por ser la cuestión de los trasplantes un tema que afecta a toda la sociedad y que necesita básicamente de ella para llevarse a cabo, pues sin la solidaridad nunca se podrían hacer es una cuestión que requiere tratamiento público. Es decir, excede la básica esfera privada en la que se desenvuelven la mayoría de los procedimientos en salud. Requiere un tratamiento público de la cuestión y requiere también un organismo nacional que se encargue de la justa distribución de este bien que son los órganos para trasplante.

En primer lugar la comprensión de lo que significa la muerte cerebral es crucial, muchos mitos se desmoronarían en una población bien educada y es un paso adelante en la donación. Y probablemente los profesionales de la salud son los primeros necesitados en esta educación. Es llamativo el desconocimiento de esta situación entre los propios médicos.

Se calcula que aproximadamente un 10% de las muertes en las unidades de cuidados intensivos son en condición de muerte cerebral y por tanto una solución al problema de la escasez es la mejor detección de los donantes potenciales. Así lo demuestra la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) de España, quien en muy pocos años de gestión logró tener las cifras más altas del mundo en donación por millón de habitantes (43) y que desarrolló una organización reticular en todo el país, apoyándose en la función de los “coordinadores” de trasplante, personas entrenadas en la detección de donantes y con habilidades para manejar el complejo proceso de donación y trasplante. Se debe actuar con criterios absolutamente transparentes y públicos. La única manera de que los integrantes de una sociedad acepten donar sus órganos es que además de estar educados, tengan confianza en las organizaciones encargadas de la distribución de los mismos y de la solvencia técnica y ética de las instituciones en que se llevan a cabo.

F. La justa elección de los receptores y la distribución de órganos

Una de las funciones más importantes de las organizaciones de trasplantes, además de garantizar la solvencia de los equipos que llevan a cabo estos procedimientos, es velar por la justa elección de los receptores y distribuir los órganos en forma justa también. En principio, podemos decir que los únicos criterios de inclusión o exclusión deberían ser los criterios médicos. Es inaceptable cualquier tipo de discriminación de orden racial, situación económica o nivel sociocultural.

Estos criterios médicos deben ser consensuados con todos los equipos de trasplante, para cada tipo, y de acuerdo a los conocimientos médicos hasta el momento, además de ser revisados año a año para actualizarlos.

Los criterios de selección final del receptor deben estar presididos por el principio de justicia. La simple asignación de acuerdo al momento de llegada a la lista de espera no parece ser una manera muy justa de distribución, además hay que tener en cuenta también a las regiones del país donde se dona. Probablemente, sea un incentivo más para la donación saber que al donar tienen prioridad en la asignación. Un buen ejemplo es la ONT. Deben establecerse mecanismos para casos de urgencia, etc.

Se debe asegurar la gratuidad de los órganos. Y por último, los criterios de los que hablamos anteriormente deben ser absolutamente públicos.

En el lenguaje de la ética de principios podríamos decir que las organizaciones de trasplantes deben moverse en el nivel 1 de los principios, es decir en aquellos que derivan directamente del principio general de que todos los hombres somos básicamente iguales y merecemos consideración y respeto. Estos dos principios serían la no maleficencia y la justicia (44). Sólo una organización transparente puede garantizar lo anteriormente expuesto.

G. Escasez de recursos económicos

Si bien la terapéutica de trasplantes es costosa, hay al menos una excepción y ésta es la del trasplante renal que resulta más barato que años de diálisis, además de mejorar la calidad de vida del transplantado. Con los demás, cada sociedad debe

evaluar si le parece justo o no considerarlos necesarios en sus organizaciones de salud y deben resolver cómo los financian.

Lo que no parece aceptable éticamente, es ofrecer a los pacientes la posibilidad técnica de un trasplante y la imposibilidad práctica de acceder a un órgano de cadáver y tener así que recurrir a un donante vivo o en otros, como en el caso de necesitar un corazón, morir esperándolo.

RESUMEN

La terapéutica de muchos trasplantes ha superado la etapa experimental y se ha consolidado como una alternativa eficaz en muchas situaciones clínicas.

En su relativamente corta historia, los homotrasplantes, es decir aquellos trasplantes que se realizan entre individuos diferentes dentro de una misma especie, han presentado innumerables problemas éticos según las diferentes etapas por las que fue pasando. En su primera etapa, la experimental, presentó todos aquellos problemas relacionados a la experimentación en humanos. Superada la misma, presentó problemas relacionados a riesgo – beneficio y costo – beneficio. Hoy, en que ya están consolidados como una alternativa útil, presentan aquellos problemas relacionados a la escasez de recursos y fundamentalmente a la escasez de órganos. Este trabajo pretende dar una idea global de esta problemática, sin intentar ser definitivo.

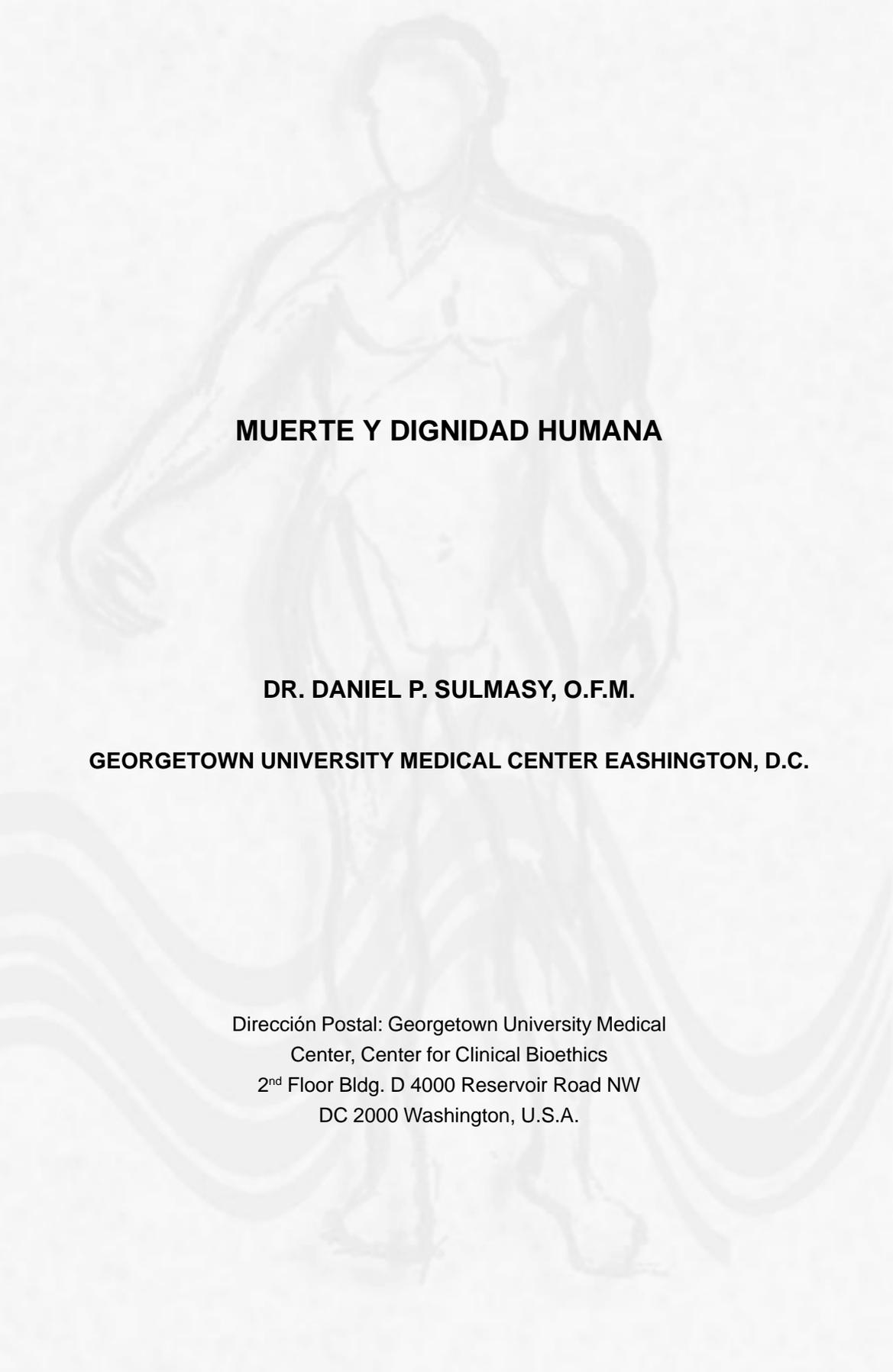
REFERENCIAS

1. CARREL, A. Results of the transplantation of the blood vessels, organs and limbs. *JAMA*. 51: 1662, 1980.
2. MERRIL, JP. , MURRAY, J., HARRISON, JH. , GUILD, WR. Successful homotransplantation of the human kidney between identical twins. *JAMA*; 160: 277 – 282, 1956.
3. HARDY, JD. , WEBB, WR. , DALTO, ML, et al. Lung homotransplantation in man. *JAMA*. 1963; 186: 1065.
4. STARLZ, TE. , MARCHARO TL. , VON KAULLA, K., et al. Homotransplantation of the liver humans. *Surg. Ginecol Obstet*. 177: 659. , 1963.
5. BARNARD, CN. , The operation, a human cardiac transplant; an intering report of a successful operation at Groote Schuur Hospital, Cape Town. *S. Afr. Med*. 41: 1271, 1967.
6. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. OPS/OMS Vol 3, 1996.
7. MOORE, FD. Three ethical revolutions: ancient assumptions remodeled under pressure of transplantation. *Transplant Proc*. 20: 1061 – 1067, 1988.
8. DIETHELM, AG. Ethical decisions in the history of organ transplantation. *Ann. Surg*. 211 (5): 505 – 520. 1990.
9. LAIN ENTRALGO, P. *Cuerpo y Alma*. Madrid. *Espasa Calpe*, 2ª ed, pág 38, 1995.
10. GRACIA, D. *Vida y Muerte: Bioética en el trasplante de órganos en Muerte Encefálica y Donación de Órganos*. Angel E. Gargía, José Luis Escalante Cobo. *Comunidad de Madrid*, pág. 19, 1995.
11. CESARES FERNANDEZ A., SANCHEZ GONZALEZ M. Aspectos bioéticos de órganos en Trasplantes. *Cuadernos de salud 1 Comunidad de Madrid*, 1995.

12. WERTHEIMER, P., JOUVET, M., y DESCOTES; J. A propos du diagnostic de la mort du système nerveux dans le coma avec arrêt respiratoire traités par respiration artificielle. *Press Med*: 67: 87 – 88, 1959.
13. MOLLARET, P., GOULON, M. Le coma dépasse. *Rev Neurol*, 101: 3 – 15, 1959.
14. LAIN ENTRALGO, P. *Cuerpo y Alma*. Madrid. *Espasa Calpe*; 2ª ed, pág. 197.
15. BEECHER, HK. A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of the brain death. *JAMA*, 205: 85 – 88, 1968.
16. Guidelines for the determination of brain death. *Report of the Medical Consultant on the diagnosis of death to the President's Commission for the study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral research*. *JAMA*, 246: 2184 – 2186, 1981.
17. MACHADO, C. Una nueva definición de muerte según criterios neurológicos en *Muerte encefálica y donación de órganos*. Angel E. García, José Luis Escalante Cobo. Comunidad de Madrid. pág. 27 – 51, 1995.
18. YOUNGER, SJ. , BARLETT. Human death and the destruction of the neocortex, in Zanner, R. *Med. Death: Beyond the Whole – brain Criteria*, New York, *Kluwer Academic Publisher*. 199 – 215, 1988.
19. LAIN ENTRALGO, P. *Cuerpo y Alma*. Madrid. *Espasa Calpe*; 2ª pág. 173, ed. 1995.
20. LAIN ENTRALGO, P. *Cuerpo y Alma*. Madrid. *Espasa Calpe*; 2ª pág. 308. Ed. 1995.
21. GRACIA, D. El qué y el porqué de la bioética. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. OPS/OMS. Nº 1. Pág. 37, 1995.
22. KAMASTRA – HENNE, L., BEEBE, J., STUMM, S. et al: Ethical evaluation of related donation: the donor after five years. *Transp Proc*; 13, 60: 60 – 61, 1981.

23. D'ALLESSANDRO, AM., SOLINGER, HW., STUART, PD., et al: Living related and unrelated donors for kidney transplantation: a 28 – years experience. *Ann Surg*; 222: 353 – 364. 1995.
24. NAJARIAN, SJ., CHAVERS, BM., MCHUGH, LE., et al: 20 years or more of follow up of living kidney donors. *Lancet*; 340: 807 – 810, 1992.
25. WEILAND, D., SUTHERLAND, DER., CHAVERS, B. et al: Information on 628 living related kidney donors at the single institution, with long term follow up in 472 cases. *Transpl Pcr*, 16: 5 – 7, 1984.
26. DUNN, JF., RICHIE RE., MACDONELL, RC., et al: Living related kidney donors: a 14 – years experience. *Ann Surg*, 203: 637 – 643.
27. RAI, S., NERY, JR., MIES S. Liver transplantation from live donors. *Lancet*; 2: 497, 1989.
28. STRONG, RW., LYNCH, SV., ONG TH, et al. Successful liver transplantation from a living donor to her son. *New England of Med*; 322: 1505 – 1507, 1990.
29. BROELSCH, CE., WHITINGTON, PF., EMOND, JC., et al. Liver transplantation in children from living related donors: surgical techniques and results. *Ann Surg*; 214: 428 – 439, 1991.
30. TAKANA, K., UEMOTO, S., et al: Surgical techniques and Innovations in Living related liver transplantation. *Ann Surg*; 217: 82 – 91, 1993.
31. OZAWA, K., UEMOTO, S., TANAKA, K., et al: An appraisal of pediatric liver transplantation from living relatives. Initial experiences in 20 pediatric liver transplantations from living relatives and donors. *Ann Surg*; 216: 533 – 547, 1992.
32. SHIMAHARA, Y., YAMAOKA, Y., et al: Analyses of the risk and operative stress for donors in living related partial liver transplantation. *Transplantation*; 54: 983 – 988, 1992.
33. KAWARASAKI, HAWARASAKI, H., IWANAKA y et al: Partial liver transplantation

- from a living donor. Experimental research and clinical experience. *J. Pediat Surg*; 29: 518 – 522, 1994.
34. SINGER, PA., SIEGLER, M., WHITINTON, PF., et al: Ethics of liver transplantation with living donors. *New Engl. J. Med*; 321: 620 – 622, 1989.
35. MARIMOTO, T., YAMAOKA, Y., TANAKA, K., et al: Quality of life among donors of liver transplant to relatives. *New Engl Med*; 329: 363 – 364, 1993.
36. STARENES, VA., LEWISTON, NJ., LUCHART, H., et al: Current trends in lung transplantation: lobar transplantation and use of single lungs. *J. Thorac Cardiovasc Surg*; 104: 1060 – 1066, 1992.
37. COHEN, R., BARR ML., SCHENDKEL, FA., et al: Living – related donor lobectomy for bilateral transplantation in patient with cystic fibrosis. *Ann Thoracic Surg*; 57: 1423 – 1427, 1994.
38. SHAW, L., MILLER JD., et al: Ethics of lung transplantation with live donors? *Lancet*; 338: 678 – 681, 1991.
39. GRIFFITH, BP, HARDESTY RL, ARMITAGE JM, et al: A decade of lung transplantation. *Ann Surg*, 218: 310 – 320, 1993.
40. KLEINMAN, I., LOWY, F., : Ethical considerations in living organ donation and a new approach. *Arch Intern Med*; 152: 1484 – 148, 1992.
41. SPITAL, A.,: Living organ donation, Shifting responsibility. *Arch. Intern Med*; 151: 234 – 235, 1991.
42. DAAR, AS., SALAHUDEN, AK., et al: Ethics and commerce in live donor renal transplantation. *Clasificación of the issues*. *Transp Proc*; 22: 922 – 924, 1990.
43. MATESAZ, R., MIRANDA, B., Donación y Transplante. El modelo español. *Aula Médica. Madrid, Barcelona*, 1995.
44. GRACIA, D. Procedimientos decisión en ética clínica. *Eudema Universidad*. Pág. 128, 1991.



MUERTE Y DIGNIDAD HUMANA

DR. DANIEL P. SULMASY, O.F.M.

GEORGETOWN UNIVERSITY MEDICAL CENTER WASHINGTON, D.C.

Dirección Postal: Georgetown University Medical
Center, Center for Clinical Bioethics
2nd Floor Bldg. D 4000 Reservoir Road NW
DC 2000 Washington, U.S.A.

SUMMARY

The notion of human dignity is basic for the discussion on euthanasia and assisted suicide. It cannot be considered as capacities, characteristics or circumstances, but as a moral proposition that every human life has intrinsic meaning and value. To say that human dignity is something else, or that some may have in greater abundance than others, leads to unacceptable conclusions.

To kill a patient, even if he is dying, is to suggest that this patient's life has lost all meaning and value, and is therefore to act against human dignity – to act immorally. The goal of the physician is to heal the patient under his particular circumstances. Killing patients is neither right nor just, nor an act of healing: it is outside the bounds of medicine. The dying need care from their doctors, to be assured that they continue to have worth, honor and esteem. Euthanasia and assisted suicide are immoral because they directly attack the bedrock human value which makes all other values possible: the inherent dignity of human life.

RESUMO

O conceito de dignidade humana está na base das argumentações utilizadas nas discussões em torno da morte digna, da eutanásia y do suicídio assistido. O autor afirma que a dignidade da pessoa deve ser entendida como uma proposta moral onde cada vida humana tem significado e valor intrínseco, e não como um conjunto de capacidades, características e circunstâncias. A consideração de que a dignidade humana é uma sorte de condição que alguns tem e outros não tem, ou que pode ser tida em graus variáveis, leva a conclusões moralmente inaceitáveis.

Matar um paciente, embora já esteja morrendo, é considerar que a vida desse paciente tem perdido toda significação ou valor; é agir contra sua dignidade; é agir imoralmente. A missão do médico é “sanar” seu paciente nas suas circunstâncias; agir provocando sua morte seria uma sorte de negação e rejeição da missão da medicina, de seu significado e de suas limitações. Os pacientes moribundos necessitam serem cuidados e ter a garantia de que, apesar de sua condição e sofrimentos, suas vidas não tem perdido significado e valor. A eutanásia e o suicídio assistido são imorais porque minam as bases do valor humano: a dignidade inheren-

te a toda vida humana.

Con frecuencia, “muerte con dignidad” ha sido tema invocado en discusiones relativas a la eutanasia y al suicidio asistido (1, 2, 3, 4). Sólo algunos autores se han referido con seriedad al significado propio de dicha frase (5, 6, 7). Sin embargo, la comprensión cabal de la muerte con dignidad parece ser crítica para comprender la ética involucrada en el cuidado de pacientes que enfrentan la muerte. Las diferencias que existen entre los distintos autores con respecto a la mortalidad subyacente en la eutanasia y en el suicidio asistido, generalmente se basan en profundas disimilitudes en las presuposiciones morales detrás de una frase tal como “Muerte con dignidad”.

Aun así, un debate fructífero no puede iniciarse sin realizar un análisis de una frase como ésta. Aún más, los errores que se cometen al inicio de una discusión conducen a graves errores en sus conclusiones (8). Así como la comprensión sobre la teoría de la biología molecular de la fibrosis quística, eventualmente resultará en un mejor cuidado hacia el paciente, también la comprensión de la dignidad humana y su relación con la moralidad de la enfermedad y la muerte resultarán en un mejor cuidado del paciente. El compromiso es enorme. La profesión médica no puede darse el lujo de ignorar la discusión de los fundamentos críticos relacionados con la eutanasia y el suicidio asistido.

En este documento, analizaré y criticaré varias teorías relativas a la dignidad humana. Sugeriré interpretaciones alternativas. Luego, indicaré lo que implica para doctores y pacientes la aplicación de dicha interpretación en relación a las decisiones al final de la vida.

¿QUÉ ES DIGNIDAD HUMANA?

La dignidad se define en el diccionario como “la calidad o el estado de ser valorado, honrado o respetado” (9). Es algo que podemos tener o algo que podemos recibir en otros o en uno mismo. Por lo tanto, la Dignidad considera un área que es esencial y otra que es perceptiva. El ser percibido como alguien que recibe consideración menor de la que merece es *sufrir una indignidad*. Se percibe que tratarse o tratar a otros con menor respeto que el merecido es comportarse de manera *indigna*.

Puesto que la moralidad está ligada tanto al comportamiento correcto o errores ha-

cia otros, la dignidad resulta ser parte fundamental de la moralidad. Al preguntar por qué debemos tratar a otros seres humanos en forma valorada, honorable o respetable, se está expresando una variante de la pregunta: ¿por qué he de ser moral? En general, se acepta la idea de que la palabra “dignidad” posee una enorme importancia moral, y a menudo surge en el debate sobre la eutanasia. Sin embargo, las diferencias parecen estar en los puntos de vista sobre qué otorga a otro su valor, honor o responsabilidad. Una forma sencilla de examinar la sustentabilidad de una teoría relativa a la dignidad es llevar a cabo un experimento: evaluar la moralidad de las consecuencias lógicas de adoptar una u otra teoría. Por lo tanto, haré un esquema del tipo de mundo moral que se obtiene en forma lógica al aceptar cada uno de cuatro conceptos comunes sobre la dignidad humana, conceptos a menudo presentes en los debates sobre la dignidad humana y la muerte. Esto lo hago para indicar de manera preliminar, porqué cada uno de estos cuatro puntos de vista resultan inadecuados.

Abundan las discusiones sobre el sistema ético más apropiado. Sin embargo, parecería que la consistencia es un requisito mínimo en cualquier sistema que valga la pena considerar (10). Por lo tanto, la dignidad debe significar lo mismo, sea que se refiere a la ética de relaciones raciales, al abuso con menores, a la eutanasia. Un argumento moral que utiliza como base un concepto de dignidad que no puede aplicarse en forma consistente en todas las áreas de la moralidad no es un argumento aceptable.

1. Valorización Social. Algunos podrían sugerir que la dignidad humana depende de la valoración social que se le atribuya. Hobbes menciona “el valor social de un hombre, que es el valor establecido sobre él por el bien común, es lo que los hombres comúnmente llaman DIGNIDAD” (11). Sin embargo, este concepto de Hobbes referente a la dignidad humana se deduce de los cesantes, severamente lisiados, mentalmente enfermos y todos aquellos que no puedan contribuir al bienestar social, son por ende personas que han perdido su dignidad, si alguna vez la tuvieron. Este concepto se opone claramente a la actual tendencia de nuestra sociedad de reconocer la dignidad de dichas personas y no parece representar el significado de lo que le otorga la mayoría a este término. Por lo tanto, si la dignidad humana no se pierde cuando alguien pierde su valor económico ante la sociedad, este concepto de Hobbes debe ser rechazado.

2. Libertad. Algunos podrían sugerir que la dignidad humana depende de la libertad. Pero la dignidad humana no puede provenir exclusivamente del hecho que los seres humanos tienen el poder de elegir libremente. Se respeta la libertad humana justamente porque los seres humanos tienen dignidad y no al revés. Pensando de otra manera, es sugerir que aquellos que han perdido el control de algunas funciones humanas o que han perdido o nunca tuvieron la libertad para elegir libremente, no poseen dignidad. Esto significaría que los recién nacidos, los enfermos mentales graves, los prisioneros, aquellos en coma e incluso los que duermen, no poseen dignidad humana. Este concepto parece ser una intuición moral básica falsa.

Como respuesta, algunos podrían sugerir que lo importante es la capacidad de control y de libertad, y no el medio de ejercido este control y esta libertad. Se ha sostenido que algunos individuos sin pleno control y libertad merecen ser tratados con dignidad, ya sea porque tienen el potencial de asumir dicha capacidad (por ejemplo, los niños que llegan a ser considerados personas potenciales) (12). No obstante, estos argumentos parecen dilataciones insustanciales del concepto de dignidad basado en libertad. ¿Quién podría sentirse digno y seguro como símbolo o un remanente? Aún más, estos argumentos no pueden responder por qué aquellos sin historia ni tampoco la potencialidad para realizar elecciones libres y racionales así como los severamente retrasados mentales) merecen tener dignidad humana. Como contraste, considere por qué un paciente psicótico y suicida que ha perdido la libertad de elegir entre la vida y la muerte, es salvado por otros seres humanos. Esto se hace justamente porque con la pérdida de su libertad estos pacientes no han perdido su dignidad.

La dignidad humana no debe igualarse a la libertad y al control humano. La famosa fotografía del Rev. Martin Luther King, sentado en una celda de un recinto carcelario en Alabama, es un retrato hablado de la dignidad humana ante la pérdida de libertad y control.

3. Placer y Dolor. Algunos podrían sostener que la dignidad humana depende de la cantidad de placer y dolor existente en una vida humana. Sin embargo, es cierto que la mayoría de las personas podrían relatar experiencias sobre las extraordinarias lecciones aprendidas sobre dignidad humana de personas cuyas vidas han sido rasgadas por el dolor, y la mayoría también podría relatar historias

sobre las vidas indignas de seres humanos que han invertido toda su energía únicamente en la obtención del placer. Si se basa la moralidad en un equilibrio entre placer y dolor, uno tendría entonces que inevitablemente aceptar la moralidad de ciertos actos de eutanasia (13). Sin embargo, esto sería un débil concepto de la dignidad humana que no representa las ideas de la mayoría, como nociones básicas de un sistema moral.

- 4. El punto de vista subjetivo.** Algunos podrían sugerir que la dignidad humana es algo que los individuos son libres de definir como les parezca. No obstante, esta afirmación conduce a numerosos problemas filosóficos. En primer lugar, el concepto de un término moral implica que éste tiene un significado universal (14). La dignidad humana, o significa lo mismo para todos los seres humanos o simplemente no tiene ningún significado moral. Si los términos morales tienen el significado que cualquiera desee darle, todas las conversaciones profundas sobre la moralidad tendrían que detenerse. En segundo término, decir que la moralidad no es objetiva es en esencia rebatirse a sí mismo. Es una contradicción a uno mismo hacer una declaración objetiva sobre un tema que no asegura no ser objetivo. Tercero, establecer que la dignidad humana es subjetiva es indicar que una persona nunca puede reconocer confiablemente la dignidad de otros, ya que la dignidad de la otra persona se basa en los estados mentales subjetivos de la misma, los cuales están potencialmente sujetos a constante fluctuación. Finalmente, bajo este concepto, aquellos incapaces de ejercer la subjetividad no tendrían dignidad, como sería el caso de los severamente retrasados o en estado de coma. Además, esta definición no parece encajar bien con los juicios que hemos considerado sobre la moralidad. Por lo tanto, la dignidad no puede ser un concepto exclusivamente objetivo.

UNA BASE ALTERNATIVA PARA LA DIGNIDAD

En general, se podría decir que casi todos reconocen que los seres humanos tienen dignidad. Pero: ¿Qué es dignidad? Cada uno de los intentos arriba mencionados por definir que la dignidad humana consiste en "x" – ya sea como valor social, libertad, placer o como subjetividad individual -, son en cierta medida, supuestos pre – lógicos. Cada uno requiere una creencia moral y ninguno puede probarse. Sin embargo, esto no implica que no tengan argumentos en su favor. Se podría demostrar que cada intento en afirmar que la dignidad humana consiste en esta capacidad humana o en aquella característica humana, nos lleva a un conjunto de conclusiones mora-

les desproporcionadas.

Por lo tanto, se deberían rechazar los conceptos sobre la dignidad humana arriba mencionados. Propongo, en cambio, considerar la siguiente alternativa: La dignidad humana tiene su fundamento en la propuesta moral de que cada vida humana tiene significado y valor intrínseco. Declarar que la dignidad humana consiste en otra cosa o de alguna característica que algunos tienen y otros no, o que algunos tienen en mayor abundancia que otros, lleva a conclusiones inaceptables.

Si los seres humanos tienen dignidad simplemente por ser humanos, las siguientes conclusiones también son ciertas:

1. Todos, por definición, tienen dignidad. Por lo tanto, la dignidad es sumamente *democrática*.
2. La dignidad *no es enajenable*. Nadie y ninguna circunstancia puede quitarle la dignidad a un ser humano.
3. Además, la dignidad es puramente *cualitativa*. No admite distintos niveles y es la misma para todos.

Se debe hacer notar que de este concepto no se deduce que la vida humana tiene un valor infinito. La moralidad humana excluye la posibilidad de que la vida humana sea infinitamente valiosa. Por lo tanto, la dignidad humana depende de reconocer que la vida humana no tiene ni un valor o significado infinito, y que no está libre de significado y valor. Como dijera Shakespeare, un ser humano es “la belleza del mundo; el modelo de los animales; aún así para mí, ¿qué es esta quinta esencia del polvo?”.

Además nadie puede exigir el derecho de poder declarar que una vida humana cualquiera está exenta de significado y valor. Se puede pasar en contra de la dignidad humana, pero atentar libremente contra la dignidad humana constituye un acto inmoral. Una persona puede ser tratada en forma indigna, incluso esclavizando, pero la dignidad humana no es destruida por la inmoralidad humana. El placer no aumenta la dignidad humana y el dolor no la disminuye. Uno puede estar privado de la felicidad, pero no de la dignidad humana esencial.

Respetar la dignidad humana es reconocer su significado, honestamente, es ser

“humano”. Las acciones humanas honorables son el fruto de una percepción bien orientada sobre la esencia de la dignidad humana, tanto la propia como la de los demás. Las percepciones pueden ser más o menos correctas y los actos pueden ser más o menos honorables. Sin embargo, la esencia de la dignidad humana no es más que la estima y el honor que merecen los seres humanos por el simple hecho de ser humanos.

MUERTE Y DIGNIDAD HUMANAS

De lo anterior se deduce que, aquellos que sugieren que no se debe permitir jamás que la persona muera, y que debe agotar todo esfuerzo para mantener una simple vida biológica a toda costa sin tomar en consideración el sufrimiento del paciente, actúan en contra de la dignidad humana y por ende actúan en forma inmoral. Dichas acciones llegan a ser una negación de la mortalidad humana y por lo tanto de la verdad acerca del valor y significado de la vida humana, y finalmente una negación de la dignidad humana. Si una muerte inevitable se evita por temor, o como una interpretación grotesca de “la santidad de la vida”, considerando que la vida biológica tiene un valor moral supremo, estas muertes no tienen dignidad. Continuar luchando contra una enfermedad que ha vencido, sin más metas que prolongar la vida, puede ser una arrogancia absurda. Esto no es muerte con dignidad.

Por otra parte, matar a un paciente, aun si está muriendo, es sugerir que la vida de ese paciente ha perdido significado y valor, y por lo tanto este es también un acto que atenta contra la dignidad humana, es actuar inmoralmente. La dignidad humana no se pierde porque no depende del valor social, de la libertad o del placer, aún cuando todos estos aspectos pueden verse disminuidos por las circunstancias en la cual se encuentra la persona moribunda. Además, puesto que la dignidad humana no es un tema subjetivo, nadie tiene la capacidad de decidir bajo una u otra idiosincrasia si la vida de la persona moribunda ya no tiene dignidad. Es inmoral decidir que una u otra vida no tiene significado ni valor, lo cual incluye la vida propia. Sólo se puede actuar produciendo intencionalmente la muerte de una persona si se ha decidido que la vida de esa persona carece de significado o valor, o que es sólo instrumento. Actuar de esta manera es actuar inmoralmente, es actuar en contra de la dignidad humana.

Si no se cree en la dignidad humana, si se cree que los seres humanos son meros e insignificantes conjuntos químicos que forman parte de la evolución universal, no

tiene sentido alguno continuar con la discusión. Pero, si se cree en la dignidad humana, también hay que reconocer muchas fuerzas que se originan en la naturaleza y en las opciones humanas que conspiran con atentar contra la dignidad humana. La muerte en sí misma es un estado preeminente. La moralidad humana quizás genera la pregunta fundamental sobre la dignidad humana. Si los seres humanos tienen significado y valor: ¿por qué mueren?

Las respuestas a esta pregunta son diversas. Algunas respuestas son religiosas. Otras se refieren al bien superior de la humanidad, o al bien ecológico del planeta. El hecho de que las interrogantes sobre la moralidad humana sean tan complejas, suficientemente problemáticas como para ser planteadas, implica la existencia de creencias profundas sobre la esencia misma de la dignidad humana. Si no hubiese tales creencias, nadie se cuestionaría el tema.

Debe recordarse que la dignidad humana contiene un aspecto esencial y uno perceptivo. La dignidad conlleva tanto a la apreciación que tienen de uno como la estima que uno merece. Ciertamente, la enfermedad atenta contra la dignidad humana. Uno puede percibir la pérdida de su dignidad, o puede ser percibido como alguien que la ha perdido cuando tiene que desnudarse ante el médico tratante, o forzado a utilizar un orinal, cuando está cubierto de vómitos, sangrando, padeciendo incontinencia, demente o necesitado. Empero, estos atentados contra nuestra dignidad nos perturban precisamente porque replantean la interrogante sobre la vida humana, su significado, su valor y su dignidad.

LA MEDICINA Y LA DIGNIDAD HUMANA

La medicina existe justamente para respetar la dignidad de las personas cuya dignidad está cuestionada por su enfermedad o lesión. Sanar es recordar a las personas que la enfermedad y las limitaciones no destruyen su dignidad esencial, que sus vidas continúan, a pesar de todo, para tener significado y valor. Cuando es posible eliminar el efecto sobre la dignidad propia de la enfermedad, los médicos “curan”. Cuando sólo es posible mitigar la enfermedad, los médicos hacen tratamientos paliativos y ayudan a los pacientes a mantener sus funciones vitales. Cuando él atenta contra su dignidad no puede eliminarse ni mitigarse, la “sanación” no cesa. Los doctores continúan sanando y recuerdan al enfermo su importancia y su valor aun cuando los medicamentos, agujas y aparatos ya no funcionan. De allí que el aforismo medieval que dice: “curar a veces, aliviar a menudo, y consolar siempre”, conti-

núa siendo una descripción acertada de las metas esenciales de la misión médica. No resulta fácil recordar al moribundo su dignidad. Sin embargo, esta es precisamente la definición del consuelo hacia los moribundos.

Desde la perspectiva del paciente, *elegir* la muerte al ser afectada su dignidad humana es creer en la falsedad de que su vida ha perdido todo significado y valor. Esta presunción es necesaria para justificar el provocarse la muerte, o para solicitar que otro le dé muerte. Algunos podrían responder sugiriendo que la eutanasia se justifica cuando uno determina que la vida propia ya no cuenta con suficiente dignidad. Pero para esto dichas personas tendrían que medir la dignidad en términos ya sea de placer, libertad, control, valor social o sostener que la dignidad humana es algo puramente subjetivo. No obstante, de acuerdo a lo previamente argumentado, utilizar este tipo de medición es sugerir que la esencia de la dignidad humana consiste en otra cosa que no es el simple hecho del ser humano, y esto conduce a conclusiones morales aberrantes. La eutanasia y el suicidio asistido se eligen libremente y son atentados premeditados contra la dignidad humana basados en la premisa de que la vida humana no tiene significado ni valor.

Por otra parte, la *aceptación* de la muerte propia una vez que ha llegado a ser inevitable, es aceptar la verdad de que la vida humana no tiene un valor infinito. Es de suprema honorabilidad enfrentar la muerte personal. Enfrentar la mortalidad propia es un acto en favor y no en contra de la dignidad humana. Resistir la muerte o aceptar la muerte por algo superior a la vida propia es también máximamente honorable, porque también considera el reconocimiento de que la vida propia no tienen un valor infinito. Morir con dignidad es morir en forma honorable, anunciando y no renunciando a la propia dignidad esencial.

La medicina. Como profesión verdaderamente humana, debe también reconocer su propia dignidad. No permitir jamás que un paciente muera por ejemplo, significa no comprender los límites de la medicina. La medicina no otorga inmortalidad. Por otra parte, matar pacientes es dar pasos falsos e indignos que sobrepasan los límites de la medicina. La misión del médico es realizar actos de sanación correctos y justos para el paciente individual en sus circunstancias particulares (16). Darle muerte a un paciente no es un acto correcto, ni justo, ni tampoco un acto de sanación. Son actos que se encuentran fuera de los límites de la medicina (17).

Muerte y Dignidad – Una posición personal

Así como la mayoría de los médicos, he tenido pacientes que han muerto bajo mi cuidado. Nunca alguno me ha solicitado eutanasia ni suicidio asistido. Me gustaría pensar que la razón de esto, es porque me he esforzado en evitar que mis pacientes lleguen a pensar que han perdido su dignidad porque están sufriendo o están moribundos, o porque tienen disminuido el control sobre una u otra función corporal. He sentido el sufrimiento de mis pacientes en dichas circunstancias, y les he extendido mi mano en actos de compasión. He visto a muchos pacientes morir en forma lenta y prolongada, pero han sido muertes dignas, con el conocimiento acabado de que sus vidas poseían valor y que éste no era infinito. Estos pacientes enfrentaron su muerte con coraje, esperanza y amor. Para mí, como médico, observar como mis pacientes y sus familias han enfrentado el misterio de la muerte ha sido una experiencia de profunda transformación. A pesar de mis mejores esfuerzos, no siempre pude controlar su dolor. Algunos murieron después de estar varios días en coma, otros murieron inconscientes y otros con demencia. Con el consentimiento de mis pacientes interrumpí o retiré algunas terapias que sólo podrían haber prolongado inútilmente su proceso de morir. Pero nunca he dado muerte a un paciente ni he ayudado a un paciente a quitarse la vida en un suicidio.

Como contraste a estas “buenas” muertes, he tenido algunos pacientes que han enfrentado su muerte con desesperación y temor. Luché con estos pacientes reconociendo sus sentimientos pero nunca aprobándolos. Me esforcé en hacerles comprender que no morían solos. Les aseguraba que aunque no tuviesen a nadie que los acompañase, yo estaría a su lado. Me esforcé en hacerles comprender que no habían perdido toda su dignidad; que aún formaban parte de una comunidad humana por medio de lazos de amor aún cuando estuviesen abandonados. En algunas instancias, mis esfuerzos resultaron exitosos, y murieron en paz. En otras oportunidades, los resultados no fueron positivos, y estos pacientes continuaron temerosos y desesperados hasta el final. Son las muertes que más he lamentado. Nunca he dejado de intentar sanar las áreas del sufrimiento que la morfina no afecta, su necesidad de creer en el valor e importancia personal, en su propia dignidad. Esta es una tarea difícil, modificar las percepciones equivocadas de los moribundos con respecto a su valor personal; recordarles que no son criaturas grotescas que han perdido su importancia por encontrarse desnudos, cubiertos de materias fecales o ensan-

grentados. Esta es, sin duda, la acción de la medicina en sus límites. Cumple con la misión misma de “sanar” al moribundo. Si yo hubiese mirado a uno solo de mis pacientes a los ojos y le hubiese dicho: “Sí tiene razón, su vida ya no tiene importancia ni valor alguno; si usted así lo desea, lo mato inmediatamente” habría atentado directamente contra su dignidad humana, y le hubiese causado el mayor sufrimiento.

¿Es el sufrimiento alguna vez intolerable?

Algunos podrían argumentar que propongo una norma casi heroica, exigiendo a mis pacientes más de lo que pueden soportar. No obstante, este tipo de contra argumentación no admite un análisis profundo.

En primer lugar, he argumentado que mi visión personal de la dignidad humana se define mejor respecto a las otras alternativas, y que mi punto de vista en relación a la eutanasia y al suicidio asistido es el resultado directo de mi concepto sobre la dignidad humana. Las palabras morales son universales y prescriptivas (18). Esto significa que si estoy en lo correcto, mi concepto de la dignidad se aplica a todas las situaciones. La tarea que les cabe a los defensores de la eutanasia y el suicidio asistido es demostrar que la dignidad humana significa algo diferente de lo que he sugerido, no sólo con respecto a eutanasia y suicidio asistido, sino con respecto a *todas* las interrogantes morales.

Segundo, aún cuando los médicos han tenido la capacidad de matar durante mucho más tiempo del que han sido capaces de curar, la mayoría de las personas que han muerto en los últimos 2.500 años no se han ni suicidado ni tampoco han sido eliminadas por sus médicos tratantes. Esto sugiere que la obligación de probar lo contrario se encuentra en manos de quienes defienden la eutanasia y el suicidio asistido. Las personas hoy están forzadas a sufrir más que sus ancestros a pesar del desarrollo de la morfina, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos, analgésicos controlados por el paciente, analgésico epidural, bioretroalimentación y otras técnicas contemporáneas modernas. Este hecho ocurre junto a mi noción sobre la dignidad humana lo cual, en pacientes moribundos, es perfectamente compatible con la abstención o la suspensión de toda terapia de mantención moderna. La única otra alternativa, si se sugiere que la muerte sin acceso a la eutanasia o al suicidio asistido es heroica, es argumentar que todo paciente que ha muerto en forma natural durante los últimos 2.500 años sin que se le ofrezcan dichas opciones ha muerto

heroicamente. Ambas opciones parecen falsas. Declarar inmoral la eutanasia y el suicidio asistido, no significa pedirle al paciente más de lo que éste puede tolerar.

¿Es este argumento puramente religioso?

Algunos podrían objetar que porque la dignidad humana así entendida es compatible con los conceptos tradicionales de la religión Hebrea y cristiana, se trata esencialmente de una propuesta religiosa y por ende irrelevante como asunto público. Esto es una falacia. En primer lugar, muchos argumentos en la arena pública son compatibles con creencias religiosas y no se eliminan del debate público sólo por estas razones. El concepto de los derechos humanos por ejemplo es compatible con las creencias Judaicas y Cristianas. No existe ninguna “prueba” de que los derechos humanos existen. Lo creemos y aceptamos bajo una “fe” moral común. El hecho de que este concepto sin pruebas sea compatible con creencias religiosas no es razón para eliminar argumentos sobre los derechos humanos del foro público. De igual manera un argumento basado en un concepto de dignidad humana sin pruebas, como se propone en este documento, no debe excluirse por el solo hecho de su compatibilidad religiosa.

En segundo lugar, el planteamiento de este documento se presenta en forma independiente de cualquier convicción religiosa. Se puede respaldar este concepto de dignidad humana sin adherirse a ningún credo. Este argumento no depende de ninguna escritura, doctrina, ni opiniones de ningún papa, clérigo, rabino o ministro. El hecho es que todo argumento tiene que partir de algo, y si la dignidad figura entre los argumentos relacionados a la eutanasia debe tener un significado. He planteado que el concepto de dignidad humana como se ha presentado aquí es superior a cualquiera de las otras alternativas. La obligación de probar lo contrario recae sobre aquellos que proponen otros conceptos de la dignidad humana y deben demostrar que sus conceptos pueden ser aplicados en forma consistente en todo sistema moral sin caer en contradicciones y sin entrar en conflicto con nuestros juicios morales.

CONCLUSIÓN

Muchos de los argumentos en contra de la eutanasia y del suicidio asistido se basan en sus consecuencias de carácter social (19, 20). Muchos de los argumentos opuestos han sido intentos por demostrar que es posible establecer sistemas de garantía

o límites en la “pendiente resbalosa” (21, 22). Este documento presenta argumentos de por qué la eutanasia y el suicidio asistido constituyen actos intrínsecamente inmorales. La eutanasia y el suicidio asistido son inmorales porque estas acciones atacan los cimientos mismos del valor humano que hace posible todos los demás valores: la dignidad inherente de la vida humana.

De alguna manera la defensa de la eutanasia o del suicidio asistido es una propuesta irónica para alcanzar una solución tecnológica fácil a los problemas que el mismo mundo tecnológico ha creado. Todo esto se resume en una forma de negación y un rechazo hacia la comprensión de la medicina, su valor, su significado y sus limitaciones. A la vez, resulta ser un manifiesto rechazo a aceptar la condición humana en su valor, su significado y sus limitaciones. Es absolutamente verdadero que los médicos deben responder en forma más afectiva y simpatética a las necesidades de los pacientes moribundos, y es también absolutamente cierto que los médicos deben expresar más compasión. Pero el efecto sin verdad no es compasión. Los pacientes moribundos necesitan que sus médicos los “sanen”. Los médicos deben asegurarles en todo momento que no han perdido su dignidad humana, que continúan teniendo valor, honor y estima. Los que mueren necesitan médicos que reconozcan que sus vidas tienen un significado y valor que lejos de ser infinitos, no están jamás ausentes. Estos pacientes no necesitan sufrir la indignidad final de un médico sensible pero irreflexivo por tanto una jeringa con 100mEq de KCl, o con una prescripción de 100 cápsulas de secobarbital con indicaciones tales como: “Tómese estas pastillas cuando las necesite y si se despierta en la mañana, llámeme”.

RESUMEN

El concepto de dignidad humana está en la base de los argumentos empleados en las discusiones sobre muerte digna, eutanasia y suicidio asistido. Ella no puede entenderse como un conjunto de capacidades, características o circunstancias, sino como una propuesta moral que considera que cada vida humana tiene significado y valor intrínseco. Considerar que la dignidad humana es alguna condición que unos tienen y otros no, o que la pueden tener en grados variables, lleva a conclusiones moralmente inaceptables.

Matar a un paciente, aunque se esté muriendo, es considerar que la vida de ese paciente ha perdido todo significado o valor y es por lo tanto actuar contra su dignidad, es actuar inmoralmente. La misión del médico es “sanar” al paciente en sus circunstancias; actuar provocando la muerte sería una forma de negación y rechazo de la misión de la medicina, su significado y sus limitaciones. Los pacientes moribundos necesitan que se les cuide y que se les asegure que, a pesar de su condición y su sufrimiento, sus vidas no han perdido su significado y valor. La eutanasia y el suicidio asistido son inmorales porque contradicen los cimientos del valor humano: la dignidad inherente de la vida humana.

REFERENCIAS

1. BRODY, H. "Assisted Death: A Compassionate Response to Medical Failure", *New England Journal of Medicine* 327: 1384 – 1388, 1992.
2. CASSEL, C.K. AND MEIER, D.E. "Morals and Moralism in the Debate Over Euthanasia and Assisted Suicide", *New England Journal of Medicine* 323: 750 – 752, 1990.
3. QUILL, T.E. "Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making", *New England Journal of Medicine* 324: 691 – 694, 1991.
4. MILLER, P.J. "Death With Dignity and the Right to Die: Sometimes Doctors Have a Duty to Hasten Death", *Journal of Medical Ethics* 13: 81 – 85, 1987.
5. RAMSEY, P. "The Indignity of Death With Dignity", *Hastings Center Studies* 2, N° 2: 47 – 62, 1974.
6. KASS, L.R. "Averting One's Eyes or Facing the Music? On Dignity in Death", *Hastings Center Studies* 2, N° 2: 67 – 80, 1974.
7. KASS, L.R. "Death With Dignity and the Sanctity of Life", *Commentary* 89, N° 3: 33 – 43, 1990.
8. ARISTOTLE. "Posterior Analytics 72 a 25 - 72b 4" in *The Basic Works of Aristotle*, ed. R. McKeon (New York: Random House): p. 113, 1941.
9. WEBSTER'S DICTIONARY, 2nd ed. (*Springfield, Massachusetts: Merriam*, p. 730), 1946.
10. BEAUCHAMP. TOM L. *Philosophical Ethics: An Introduction to Moral Philosophy* (New York: McGraw – Hill), p. 55, 1982.
11. HOBBS THOMAS. *Leviathan* (New York: Cambridge University Press), p. 63, 1991.

12. ENGELHARDT, H. TRISTAM. *The Foundations of Bioethics (New York: Oxford University Press), pp. 115 – 135, 1986.*
13. RACHELS JAMES. *The End of Life: Euthanasia and Morality (New York: Oxford University Press), pp. 148 – 149, 1986.*
14. HARE. R.M. *Moral Thinking: Its Levels, Method and Point (New York: Oxford University Press), 1981.*
15. SHAKESPEARE WILLIAM. *Hamlet, Act 2, Scene 2, lines 309 – 312, (London: Cambridge University Press), p. 48, 1936.*
16. PELLEDRINO EDMUND D. AND THOMASMA DAVID T. *A Philosophical Basis of Medical Practice (New York: Oxford University Press), pp. 211 – 212, 1981.*
17. GAYLIN W. et al., “Doctors Must Not Kill”. *Journal of the American Medical Association 259: 2139 – 2140, 1988.*
18. HARE. *Moral Thinking, pp. 21 – 24.*
19. MISBIN R. I. “Physicians’ Aid in Dying”, *New England Journal of Medicine 325: 1307 – 1311, 1991.*
20. SINGER PETER A. AND SIEGLER MARK. “Euthanasia: A Critique”, *New England Journal of Medicine 322: 1881 – 1883, 1990.*
21. BENRUBI G.I. “Euthanasia: The Need for Procedural Safeguards”, *New England Journal of Medicine 326: 197 – 199, 1992.*
22. QUILL T.E., CASSEL AND MAIER D.E. “Care of the Hopelessly Ill: Proposed Clinical Criteria for Physician – Assisted Suicide”, *New England Journal of Medicine 327: 1380 – 1384, 1992.*