

**ESTUDIOS EN EL COMITÉ DE ÉTICA
DEL
HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE**

Autor:

Dr. Pedro Naveillan Fernández

con el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INDICE

Título

Indice

Prólogo

Persona

Inicio de la vida humana

Determinación de la muerte de seres humanos

Distanasia y Adistanasia

Experimentación en seres humanos

Investigaciones y ensayos clínicos. Consentimiento informado

Dolor y sufrimiento humano desde una perspectiva médica

PRÓLOGO

En el año 1991, a iniciativa del Profesor Dr. Emilio Morales Navarro - entonces director del Hospital Clínico de la Universidad de Chile -, se creó el Comité de Ética del Hospital Clínico. El Comité fue dotado, desde un principio, de la necesaria independencia y autonomía para su quehacer.

El Comité fue presidido por el Profesor Dr. Patricio Mena González y estuvo compuesto por diferentes médicos del establecimiento que fueron sucediéndose en el tiempo. Sus miembros fueron los Profesores: Dr. Patricio Mena (Obstetra –Ginecólogo), Dr. Pedro Naveillan (Psiquiatra), Dr. Camilo Larraín (Hematólogo), Dr. Raúl Wuenckhaus (Cirujano), Dr. Ricardo Cruz-Coke (Medicina Interna y Genética), Dr. Roberto Araya (Psiquiatra), Dr. Guillermo Brinck (Neurólogo), Dra. Tatiana Contreras (Neurólogo) y Dr. Mauricio Parada (Cirujano).

Diferentes personas – teólogos, eticistas, filósofos, médicos, diputados – participaron como invitados en una o más sesiones, contribuyendo con su aporte al análisis de los diferentes temas tratados por el Comité.

En mi calidad de Secretario, me tocó elaborar los documentos que conforman este libro. Los estudios que lo componen (*) fueron presentados al Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 1991 y 1998.

Me ha parecido que, con la perspectiva del tiempo, estos artículos siguen vigentes, razón por la cual me atrevo a ofrecérselos al público lector.

Son ensayos destinados a los profesionales de la salud pero comprensibles para un público culto.

Dr. Pedro Naveillan Fernández

Ex - Profesor de Salud Mental

Facultad de Medicina

Universidad de Chile

Santiago de Chile, Enero de 2004

(*) Excepto dolor y sufrimiento...

PERSONA: ALGUNAS NOTAS

Dr. Pedro Naveillan F.

Dado que la condición de ser persona es central en toda consideración ética y que todos los temas que hemos tratado en el Comité dicen relación con ella y su respeto - inicio de la vida, término de la vida, experimentación en seres humanos, consentimiento informado - se hizo necesario incursionar brevemente en lo que es ser persona, de lo que es fruto el ensayo titulado: "Persona: Algunas Notas", que se ofrece como una facilitación para la meditación bioética.

1.- Persona en el Diccionario de Filosofía de Abbagnano.

Define a la persona (P.) así: "En el sentido más común del término, el hombre en relación con el mundo y consigo mismo. En el sentido más general (en cuanto la palabra ha sido aplicada a Dios y no sólo al hombre), un sujeto de relaciones.

Distingue fases del concepto que son: "1) tarea y relación-sustancia; 2) autorrelación (relación consigo mismo); 3) heterorrelación (relación con el mundo).

Sintetizaremos a continuación lo que nos ha parecido más importante de ellas.

1) El término P. significa máscara (en el sentido de personaje) y es con este sentido que fue introducido por el estoicismo significando los distintos papeles representados en la vida por el hombre. En este contexto se puede reducir el concepto de tarea ya que: "una tarea no es otra cosa que un conjunto de relaciones que atan al hombre a una determinada situación y lo definen a su respecto". Este modo de ver el concepto de persona resultó de utilidad para la consideración del Dios cristiano en sus tres personas. Sin embargo resultó fuente de malentendidos por parecer toda relación como algo agregado y no sustancial, lo que originó grandes disputas. Con la finalidad de evitar la referencia del concepto de P. a la máscara se propuso el término hypostasis que significa soporte.

Posteriormente San Agustín niega la consideración de la persona como relación y la afirma como sustancia. Boecio señaló: "P. es la sustancia individual de naturaleza racional" aunque admitió, como Santo Tomás, que "todo perteneciente a las P. significa relación".

Termina señalando Abbagnano: " De tal modo, junto al carácter sustancial o hipostático de la P., se subrayó enérgicamente su significado de relación. Esto es por lo que se refiere a las P. divinas. Por lo que se refiere a la P. en general, Sto. Tomás afirma que, a diferencia del individuo que en sí es indistinto, "P., cualquiera que sea su naturaleza, significa lo que es distinto en aquella naturaleza, y así, en la naturaleza humana significa esta carne, estos huesos y esta alma, que son los principios que individualizan al hombre" (Ibid., I,q. 29,a. 4). Por lo tanto, también en su sentido común la P. es, según Santo Tomás, distinción y relación".

2) Desde Descartes se debilita el carácter sustancial y se acentúa el relacional, en especial el de autorrelación, identificándose con el: "Yo como conciencia y se analiza de preferencia a propósito de lo que se llama la identidad personal, o sea la unidad y la continuidad de la vida consciente del yo". Leibniz, se muestra de acuerdo con esto: "pero insiste también en la identidad física o real como otro componente de la P., aparte de la identidad moral o de la conciencia".

Posteriormente se afirma como característica de la P. la relación consciente del hombre consigo mismo.

Concluye Abbagnano este acápite señalando: "Ya que la P. es en este sentido simplemente la relación del hombre consigo mismo, que es la definición de la conciencia, se identifica con ésta, y tal identificación es el único dato conceptual que se puede hallar en esta exaltación retórica de la P. que caracteriza a algunas formas contemporáneas del personalismo)".

3) En contra de las posiciones que reducen el ser del hombre a la conciencia surgen otras, que vienen desde Kant, que subrayan la heterorrelación, es decir, la relación con los demás, en su caracterización del concepto de P.. En esta línea de pensamiento se inscriben Husserl y Scheler, el que define explícitamente la P. como: "relación con el mundo". Esta definición fue tomada por Heidegger como punto de partida para el análisis existencial.

De acuerdo con esta posición, la P. se distingue del alma, del yo o la conciencia. En ella, para Abbagnano, : "El hombre es persona en cuanto, en tales tareas, queda esencialmente

definido por sus relaciones con los demás". En este sentido se ha tendido a emplear el término en las llamadas ciencias sociales.

2).- Persona en el Diccionario de Filosofía de Ferrater Mora.

Este autor hace un análisis más detallado y, a nuestro parecer, más profundo que el de Abbagnano pero coincidente con el de éste en sus rasgos generales.

Al referirse al pensamiento cristiano de los tiempos antiguos y a lo relacionado con los aspectos de máscara (algo que se sobrepone y que lleva a la consideración como personaje) y de hipóstasis (en su connotación de substrato, supuesto) señala que era más propia la idea de «sobreponer» que la de «sotoponer».

Según Ferrater Mora, Santo Tomás: "manifiesta que mientras la individualidad se encuentra, propiamente hablando, en la substancia que se individualiza por sí misma, los accidentes no son individualizados por una substancia. Continúa: "Por eso las substancias individuales reciben un nombre especial: el de hipóstasis o substancias primeras. Ahora bien, como los individuos se encuentran de manera todavía más especial en las substancias racionales que poseen el dominio de sus propios actos y la facultad de actuar por sí mismas, los individuos de naturaleza racional poseen, entre las primeras substancias un nombre que los distingue de todas: el nombre «persona». Así, pues, se dice de la persona que es substancia individual con el fin de designar lo singular en el género de la substancia, y se agrega que es de naturaleza racional para mostrar que se trata de un substancia individual del orden de las substancias racionales". Persona designa así el: "soporte individual racional. Por eso dentro de la categoría de los seres racionales la persona es también hipóstasis o subsistencia".

"Casi todas las ideas relativas a la persona hasta ahora expuestas subrayan en la persona el «ser en sí» o, mejor dicho, el ser «por sí». y, con ello, la independencia de la persona y su «incomunicabilidad» jurídicamente. Pero hay en el cristianismo otras ideas sobre la persona que destacan su «relación» y su «originarse»..."La persona se caracteriza por su modo propio de sistere o tener naturaleza. Ello no niega a la persona su «independencia» o, mejor, su subsistencia, pues la relación en cuestión es concebida como una «relación subsistente» - relación primariamente a Dios, de quien la persona recibe su naturaleza, y a los demás hombres en cuanto personas-. A la vez, los autores que destacaron la «independencia» o «subsistencia» de la persona no negaron tampoco su ser «relación» en sentido de 'relación' antes descrito" (del venir de, de originarse de, ex-sistere).

"La concepción que podemos llamar tradicional» de la persona se basa primariamente en conceptos metafísicos (o metafísicos y teológicos). Los autores modernos no han eliminado ni mucho menos los elementos metafísicos en su concepción de la persona -cuando se han interesado en la definición de 'persona'-. Así, por ejemplo, Leibniz dice que «la palabra 'persona' conlleva la idea de un ser pensante e inteligente, capaz de razón y de reflexión, que puede considerarse a sí mismo como el mismo, como la misma cosa, que piensa en distintos tiempos y en diferentes lugares, lo cual hace únicamente por medio del sentimiento que posee de sus propias acciones» (Nouveaux Essais, II, xxvii, 9). Sin embargo, muchos autores modernos han empleado, en su tratamiento de la noción de persona, además de elementos metafísicos, otros psicológicos con frecuencia éticos. Crecientemente se ha tendido a establecer una distinción, subrayada por muchos pensadores contemporáneos, entre la noción de individuo y la de persona. Las razones de esta distinción son varias. El término 'individuo' se aplica a una entidad cuya unidad, aunque compleja, es definible negativamente: algo, o alguien, es individuo cuando no es otro individuo. El término 'persona' se aplica a una entidad cuya unidad es definible positivamente y, además, con «elementos» procedentes de sí misma. El individuo (si se trata del ser humano) es una entidad psico-física; la persona es una entidad fundada, desde luego, en una realidad psico-física, pero no reducible, o no reducible enteramente, a ella. El individuo está determinado en su ser; la persona es libre y aun consiste en ser tal.

La contraposición entre lo determinado y lo libre como contraposición entre el individuo y la persona fue elaborada especialmente por filósofos que insistieron en la importancia de «lo ético» en la constitución de la persona". Kant subrayó el aspecto de libertad en su definición de la persona. "La persona - en cuanto «personalidad moral» - es para Kant «la libertad de un ser racional bajo leyes morales». Estas leyes morales se las da el ser racional a sí mismo, lo cual no significa que sean arbitrarias; justamente si lo fuesen, no emergerían de la persona, sino de lo que hemos llamado «el individuo». La persona es «un fin en sí misma»; no puede ser «sustituida» por otra. El mundo moral es por ello un mundo de personas (una vez más, bajo leyes morales)."

Señala Ferrater Mora que : "En todo caso, el concepto de persona ha ido experimentando ciertos cambios fundamentales, por lo menos en dos aspectos. En primer lugar, en lo que toca a su estructura. En segundo término, en lo que se refiere al carácter de sus actividades. Con respecto a la estructura, se ha tendido a abandonar la concepción «substancialista» de la persona para hacer de ella un centro dinámico de actos. En cuanto a sus actividades, se ha tendido a contar entre ellas las volitivas y las emocionales tanto más que las racionales". Cita luego a Scheler como inscrito en esta evolución y señala: "La persona no es, pues, según esta concepción, un «ser natural». Pero no es tampoco un miembro de un «espíritu cósmico». Es la unidad de los actos espirituales o de los actos intencionales superiores. Si se puede decir de la persona que es también individuo, hay que agregar que es un individuo de carácter espiritual." Esto destaca su carácter trascendente, no quedando encerrada en los límites de la individualidad psicofísica, que es impersonal. Advierte Ferrater: " Se ha puesto de relieve en este respecto que insistir en la «trascendencia» puede llevar a descuidar las dimensiones de la «incomunicabilidad» (en el sentido de ser una realidad auténticamente «propia») y lo que se había llamado tradicionalmente el *sui juris*. . En las varias filosofías contemporáneas de la persona, especialmente las que han subrayado los aspectos metafísicos y éticos de la personalidad, se puede advertir una oscilación entre la insistencia en la «trascendencia» y en la «apertura», por un lado, y la insistencia en la «autenticidad» y el ser sí mismo», por el otro".

3.- En Julián Marías: Antropología Metafísica.-

"El tema de la persona es de los más difíciles y elusivos de la historia de la filosofía, y ello por razones nada casuales: en torno a él ha acontecido quizá la transformación más radical de toda esa historia - o está aconteciendo - y en rigor se trata, más que de las diferentes maneras de estudiar o interpretar una realidad, de la emergencia de esa misma realidad, de su constitución como tal en el horizonte mental de Occidente. Se suele buscar el origen de la noción de persona en la voz latina *persona*, y ésta se considera equivalente de la griega *prósopon*, que, como helénica, se toma como naturalmente «anterior» a la latina. Pero nada de esto es demasiado claro cuando se miran las cosas un poco de cerca."

Señala la relación original de estas palabras con la parte delantera (en la griega) y con máscara en la latina. Luego hacer ver que cuando se comenzó a pensar filosóficamente la persona no fueron las nociones procedentes de ellas las que fueron decisivas sino las de «propiedad» o «subsistencia» (*hypóstasis*) . De ahí que la célebre definición de Boecio - *persona est rationalis naturae individua substantia* - parte de la noción aristotélica de *ousía* o *substantia*, la que fue primeramente pensada para las «cosas» . Al respecto dice Marías que un principio: "La persona es una *hypóstasis* o *suppositum* como los demás, sólo que es de naturaleza racional"; "Es decir, la persona es, simplemente una cosa con alguna mayor dignidad y excelencia que las demás".

Posteriormente, sobre todo al pensar la divinidad, se vio que la palabra persona se aplicaba más a Dios que al hombre siendo el hombre principalmente *homo* y "sólo secundariamente persona" . Al pensarse : "que la persona puede ser divina, angélica o humana" se cae en cuenta de que la persona divina no es «cosa», lo que es muy fecundo.

' Pero él prefiere pensar a la persona fenomenológicamente desde la presencia a partir de lo que nos es más inmediato que son las personas humanas: yo, tú. Parte haciendo ver que es alguien corporal y que : " Ese alguien corporal o persona, no solamente acontece, sino que está unido a la futurición, a esa tensión hacia adelante - o pretensión - que es la vida." Es desde aquí que hay que: "vislumbrar el sentido de la palabra *prósopon* como 'frente' o 'fachada' o 'delantera'; importa retener ese carácter frontal de la persona, debido a que la vida es una operación que se hace hacia adelante. ese «alguien» es futurizo ; es decir, presente y real, pero vuelto hacia el futuro, orientado hacia él, proyectado hacia él; hacia el futuro «da» la cara en que la persona se denuncia y manifiesta, y por eso la cara es, entre las partes del cuerpo, la estrictamente personal, aquella en que la persona se contrae y manifiesta, se expresa. Pero esa condición futuriza de la persona envuelve un momento capital: es parcialmente irreal, ya que lo futuro no es, sino que será. . En el rostro o persona se denuncia ahora - en realidad presente - el que será. Entendemos por persona una realidad que no es sólo real. Una persona 'dada' dejaría de serlo. El carácter pragmático, proyectivo, no es algo que meramente acontezca a la persona, sino que la constituye. La persona no está «ahí», nunca puede como tal estar ahí, sino que está viviendo ".

4.- En el Catecismo de la Iglesia Católica.-

Se parte de que hay un sólo Dios pero tres personas en él y de que Cristo es una persona que tiene dos naturalezas, la divina y la humana, siendo plenamente Dios y plenamente hombre. Esta fue la problemática que dio origen a todo el desarrollo de lo relativo a la persona para poder llegar a una comprensión lo más cabal posible de todo el misterio divino.

En el N° 252 del Catecismo de la Iglesia Católica se dice: "La Iglesia utiliza el término "substancia" (traducido a veces también por "esencia" o por "naturaleza") para designar el ser divino en su unidad; el término "persona" o "hipóstasis" para designar al Padre, al Hijo y al Espíritu Santo en su distinción real entre sí; el término "relación" para designar el hecho de que su distinción reside en la referencia de cada uno a los otros".

En lo que respecta a Cristo se señala enfáticamente que es una sola persona, el Verbo, que: "al unirse en su persona a una carne animada por un alma racional, se hizo hombre" (definición del Concilio de Efeso, citada en el N° 466). Como su naturaleza humana ha sido asumida y no absorbida, la Iglesia confiesa: "la plena realidad del alma humana, con sus operaciones de inteligencia y de voluntad, y del cuerpo humano de Cristo" (470) y que esta naturaleza humana pertenece a la persona divina del Hijo de Dios, que la ha asumido. "Todo lo que es y hace en ella pertenece a "uno de la Trinidad. El Hijo de Dios comunica, pues, a su humanidad su propio modo personal de existir en la Trinidad" (470). "Jesucristo posee dos naturalezas, la divina y la humana, no confundidas, sino unidas en la única Persona del Hijo de Dios" (481).

En relación con el hombre, señala: "La persona humana, creada a imagen de Dios, es un ser a la vez corporal y espiritual" (362). "A menudo, el término alma designa en la Sagrada Escritura la vida humana (cf Mt 16,25-26; Jn 15,13) o toda la persona humana (cf Hch 2,41). Pero designa también lo que hay de más íntimo en el hombre (cf Mt 26,38; Jn 12,27) y de más valor en él (cf Mt 10,28; 2 M 6,30), aquello por lo que es particularmente imagen de Dios: "alma" significa el principio espiritual en el hombre" (363).

El cuerpo del hombre participa de la dignidad de la "imagen de Dios": es cuerpo humano precisamente porque está animado por el alma espiritual, y es toda la persona humana la que está destinada a ser, en el Cuerpo de Cristo, el Templo del Espíritu (cf 1 Co 6,19-20; 15. 44-45)" (364).

"La unidad del alma y del cuerpo es tan profunda que se debe considerar al alma como la "forma" del cuerpo (cf Cc. de Vienne, año 1312, DS 902); es decir, gracias al alma espiritual, la materia que integra el cuerpo es un cuerpo humano y viviente; en el hombre, el espíritu y la materia no son dos naturalezas unidas, sino que su unión constituye una única naturaleza." (365).

En este contexto, conviene retener en relación con el alma, lo que está implícito y, a veces, explícito, en todo el Catecismo, que el alma es inmortal y que no puede adscribirse o localizarse en ninguna parte del cuerpo.

Para la Iglesia, el alma espiritual es directamente creada por Dios, no es producida por los padres y es inmortal.

La distinción que a veces se hace entre espíritu y alma: "no introduce dualidad en el alma"....."Espíritu" significa que el hombre está ordenado desde su creación a su fin sobrenatural"....."y que su alma es capaz de ser elevada gratuitamente a la comunión con Dios". (367).

En lo que respecta al ser persona señala: "Por haber sido hecho a la imagen de Dios, el ser humano tiene dignidad de persona ; no es solamente algo sino alguien. Es capaz de conocerse, de poseerse y de darse libremente y entrar en comunión con otras personas; y es llamado, por la gracia, a una alianza con su Creador, a ofrecerle una respuesta de fe y de amor que ningún otro puede dar en su lugar." (357).

En relación con la muerte de Jesucristo, queda en claro en el Catecismo que la muerte es la separación del alma y del cuerpo pero que de algún modo, la persona de Él no muere sino que persiste y es la base de su resurrección: "Durante el tiempo que Cristo permaneció en el sepulcro su Persona divina continuó asumiendo tanto su alma como su cuerpo, separados sin embargo por causa de la muerte. Por eso el cuerpo muerto de Cristo "no conoció la corrupción" (Hch 13,37)" (630).

Finalmente, debe retenerse que la dignidad de la persona humana, para la Iglesia Católica, : "está enraizada en su creación a imagen y semejanza de Dios". (1700).

5.- En Xavier Zubiri.-

Nos basaremos en lo que dice en su libro: "Sobre el Hombre", el que fuera editado póstumamente y con prólogo de su discípulo, Ignacio Ellacuría, en el año 1986.

Trata del tema en la primera parte, la que está dirigida al estudio de la estructura de la realidad humana, en el capítulo IV titulado: "La Persona como Forma de Realidad: Personeidad".

Hace un planteamiento general del problema buscando de establecer la diferencia del hombre con la res o cosa que le es más próxima, al animal. "No somos animales, sino personas, solemos decir con frecuencia. Más para que esta oposición tenga sentido es menester que se nos diga en qué estriba formalmente la diferencia entre animal y persona humana. Y esta exigencia puede responderse desde dos puntos de vista.

Ante todo, desde el punto de vista de los actos que el hombre ejecuta, y que el animal no puede ejecutar. En estos actos consistiría la estructura misma de la persona. En efecto, el hombre comparte con el animal toda una serie de actos que los fisiólogos y los psicólogos llaman vegetativos y sensitivos. Como el animal, el hombre respira, ve, siente el dolor, digiere, duerme, corre, etc. Pero precisamente porque los comparte con el animal, se nos dice que no son rigurosamente personales; se dan efectivamente en el hombre, pero no son personales porque no es el hombre el autor de ellos, o cuando menos no lo es necesariamente. Sólo son estricta y formalmente personales aquellos actos de los cuales se es autor, porque implican un acto intelectual de darse cuenta y una decisión libre de la voluntad. Por tanto, persona consistiría en ser una realidad inteligente y volente."

Sin embargo, hace ver que esto no es tan claro ya que si bien es fácil distinguir en bloque un hombre de un animal, no lo es el distinguir en el hombre mismo lo vegetativo y sensitivo de lo intelectual y volente. Señala que como la voluntad del hombre es una voluntad tendente, un apetito o tendencia que se prolonga "sin cesura" en las estructuras animales, cabe preguntarse: "¿es tan sencillo escindir tajantemente, dentro de un mismo acto volitivo, dónde termina lo sensitivo y comienza lo intelectual?". Destaca que los actos humanos son unitarios lo que indica que;" entre lo personal y lo animal en el hombre no haya precisamente una oposición disyuntiva, sino a lo sumo una diferencia. Y como en esta diferencia lo animal está intrínseca y constitutivamente absorbido en lo intelectual y volitivo, resulta que el análisis diferencial de estas dos clases de actos, los actos de los animales y los actos de los hombres, no es suficiente para entender lo que es ser persona. Tan sólo nos ha servido para acercarnos un poco más al problema."

En segundo lugar, surge la obligación de preguntarnos ;"si se es persona por el mero hecho de ejecutar o de tener la capacidad de ejecutar actos intelectivos y volitivos", que es la misma cuestión que surge en relación con la noción moral de persona: "¿basta ser moralmente responsable para ser persona? Cuando digo que yo soy libre de ejecutar tal acto ¿dónde está la persona? ¿Está en que el acto sea libre o en que es un yo quien lo ejecuta? La frase, en efecto, puede pronunciarse de dos modos. Puedo cargar el acento en el <<soy libre>> y decir <<yo soy libre de hacer esto>>. Pero puedo cargar el acento en <<yo>> y decir:<< "yo " soy libre de hacer esto>>, es decir, yo soy quien es libre. Sólo esta segunda frase toca a la persona. Por tanto, la persona no está en poder ejecutar actos intelectivos o de voluntad, sino en que la inteligencia, la voluntad y la libertad sean <<mías>>."

Esto lanza el problema no por la vía de los actos sino que por la del <<yo>>, del cual carece esencialmente el animal. Así San Agustín dice: "Yo recuerdo, yo entiendo, yo amo por estas tres (facultades), aunque no soy ni memoria, ni inteligencia, ni amor, sino que las poseo (a saber, estas tres facultades). Esto puede decirlo cualquier persona que posea esa tres (facultades), pues ella (la persona) no es esta tres (facultades)" (De Trin.XV,22).

Señala Zubiri que lo que aquí nos afirma San Agustín son dos cosas: 1º la distinción entre lo que yo tengo y el que yo soy. "Lo que yo tengo es el conjunto de todas esas facultades cuya unidad intrínseca y radical es lo que llamamos naturaleza; lo otro es, como dice expresamente el texto, la persona. San Agustín, pues, afirma la diferencia entre naturaleza y persona como una diferencia entre lo poseído y lo posidente" y 2º que este posidente es un ego, un yo. "Por tanto, que ser persona consiste en ser un yo. Con lo cual tendríamos, por una parte, la persona como un yo, y por otra, la naturaleza como algo tenido por este yo".

Según Zubiri, para Descartes lo esencial del hombre es ser un ego pero añade a lo de San Agustín, como un tercer paso, que el yo es sujeto. " El yo como sujeto es un puro yo, esto es, no es el sujeto psicobiológico; las estructuras psicobiológicas son a lo sumo las condiciones o los instrumentos intrínsecos con que el yo-sujeto ejecuta física y empíricamente sus actos. Aplicada esta idea a nuestro problema, resultará que el yo posidente en que la persona consiste va a ser un sujeto posidente, y la naturaleza será la posesión de aquel sujeto puro, de aquella persona."

Se pregunta Zubiri si esta idea de persona puede o no sostenerse y responde que en parte sí y en parte nó. Sí en el mismo sentido de San Agustín en que "yo, como persona no, soy formalmente

idéntico a las dotes o facultades que poseo"; en esto, sin embargo, el problema está en saber en qué consiste la diferencia. Nó si precisamos que la persona es sujeto y la naturaleza una propiedad de ésta. En efecto, ese yo personal al ser diferente de todo lo que tiene o hace queda vacío, "absolutamente inoperante en y por sí mismo", "no sería nada de aquello que constituye su naturaleza, no sería por tanto principio de operación". Se volatiliza así el yo personal.

Si se dice que el yo personal está abierto a una situación determinada que le crearían las cosas pero esto ocurre si se da la verdad anterior de que "sólo la crean a aquél que tiene estructuras capaces de que la situación le sea creada". Pero dichas estructuras le "han de pertenecer al yo de un modo intrínseco, pero además de un modo formal ; es decir, no sólo ha de poseerlas el yo, sino que han de ser estructuras constitutivas de lo que es el yo ." Pero si aceptamos esto, "hemos introducido en el yo todas las facultades humanas, es decir, la naturaleza entera de la que dimanan esas facultades."

Concluye que esta concepción de Descartes de la persona humana como un sujeto "nos hace perder la persona, sea desvaneciéndola, sea convirtiéndola en pura naturaleza". Indica que sin embargo ha sido útil para señalarnos que la persona no se descubre ni en los actos ni en el sujeto, no en la línea que lleva del sujeto al predicado, y nos indica que tal vez se haya en una línea que no anule completamente esta relación sino que la absorba en una unidad superior. "La línea S-P, y esta otra línea, más que líneas serían dimensiones de una misma realidad. La realidad personal tiene una primera dimensión, la del sujeto ejecutor de sus actos, pero tal vez posea una segunda dimensión ortogonal a la primera en que la relación entera S-P cobra carácter personal. Pero, si esto es así, barruntamos que en esa nueva dimensión pueden existir también valores diversos, como dirían los matemáticos, es decir, que pueden existir para una misma relación S-P distintas maneras de ser persona."

Luego hace un análisis en cuatro etapas buscando progresivamente una respuesta a lo que consiste ser persona, bajo el título general y muy expresivo de: La persona, realidad fundamentalmente suya..

La primera etapa la titula: ser reduplicativamente en propiedad . Parte del análisis de los pronombres yo-tú-él señalando que no se trata de una relación numérica sino que las personas en tal relación son insustituibles: "Yo-tú-él son intrínseca y formalmente irreductibles. Y lo son porque cada uno de los tres encierra en sí el carácter de un mí "."Ser persona no es en este primer plano tener de mí una vivencia como algo mío, sino ser efectivamente mío. Ser una realidad sustantiva que es propiedad de sí misma".

"El ser realidad en propiedad, he ahí el primer modo de respuesta a la cuestión de en qué consiste ser persona"....."Se trata de una propiedad en sentido constitutivo. Yo soy mi propia realidad, sea o nó dueño de ella. Y precisamente por serlo y en la medida en que lo soy, tengo capacidad de decidir"....."El <<mío>> en el sentido de la propiedad, es un mío en el orden de la realidad, no en el orden moral o en el orden jurídico".

"Me pertenezco a mí mismo por razón constitutiva de tal modo que el momento de ser <<perteneciente a>> forma uno de los caracteres esenciales y formales de mi realidad en cuanto tal. Y en este sentido, el pertenecerme, el ser propiedad, es un momento formal y positivo de mi realidad. Y precisamente por serlo soy persona".

"La realidad personal consiste en ser una realidad en propiedad constitutiva y, físicamente constitutiva y, además, reduplicativamente, por cuanto el ser propio pertenece formalmente a aquello que tengo en propiedad".

La segunda etapa se refiere a la consistencia y subsistencia. Distingue vertientes en la expresión <<ser propiedad mía>>.

La primera es la de los actos, de los que ejecuto como persona y que son míos pero que también "remiten constitutivamente a las estructuras de donde emergen". Así cuando se habla de una realidad en propiedad se hace referencia no sólo a los actos mismo sino que a las estructuras "en virtud de las cuales me pertenezco a mí mismo y, por pertenecerme a mí mismo, ejecuto actos que me son propios" . Esta propiedad es de orden constitutivo y es el hecho de pertenecerme constitutivamente el que hace que mis actos sean propios de mí.

La propiedad vista en el orden operativo es la que nos mete en el ámbito de la personalidad, la que "no es sin más un conjunto de actos, sino es la cualidad que esos actos imprimen a la realidad de un ejecutor; es un modo de ser, "figura de lo que la realidad humana va haciendo de sí a lo largo

de la vida"....."la personalidad se va haciendo y deshaciendo, y incluso rehaciendo. No es algo de que se parte".

"Pero la persona es cosa distinta. El oligofrénico es persona; el concebido, antes de nacer, es persona. Son tan persona como cualquiera de nosotros".

Se aprecia así que persona es distinto de personalidad. Persona es estructura. A este carácter estructural de la persona lo denominó personeidad, a diferencia de personalidad".

"Naturalmente no es adventicio que el hombre como persona, es decir, dotado de personeidad, tenga personalidad".

En este segundo paso para precisar "en qué consiste la realidad en propiedad, debemos decir que es personeidad como momento personal de las estructuras radicales del hombre".

"Cuando preguntamos qué es ser persona en sentido estructural, hay que referirse a la sustantividad¹ humana y no a las presuntas sustancias que la componen".

La sustantividad del hombre puede mirarse en orden al qué, a lo que el hombre es, pero en esto está envuelto otra dimensión de la sustantividad misma; " el hecho de que por ser sustantivo en esa forma y con ese qué yo soy una realidad y tengo en cierto modo una existencia en mí. Ahí la sustantividad no es una sustantividad en orden al qué, sino al orden al subsistir en la realidad".

Esto nos coloca ante lo siguiente: "Si se pregunta precisa y temáticamente en qué consiste la realidad en propiedad, habrá que contestar: en ser una realidad subsistente. Frente a eso, el qué es aquello en que la realidad consiste".

Señala Zubiri que los momentos de consistencia y de subsistencia van unidos en ese concepto de sustantividad, "de ellos, el que constituye la realidad personal como tipo de realidad, en tanto que realidad, es la sustantividad en orden a la subsistencia. Ciertamente, la realidad subsistente no es distinta de la realidad consistente; el subsistente y el consistente son idénticos" pero ambos son dos momentos distintos de la realidad y pueden ser aprehendidos como distintos en la percepción de las cosas.

Dicho lo anterior, hay que aclarar que la individualidad pertenece al orden del qué y el subsistir al orden del quién. "No hace falta alguna para ser individuo en sí serlo en el orden de la sustancia, basta con serlo en el orden de la sustantividad", que es la que da el carácter de un todo.

En relación con la subsistencia, hay que aclarar que no existen subsistentes que no sean personales. Subsistir es suidad^{2,3} que es " tener una estructura de clausura y de totalidad junto con una plena posesión de sí mismo en el sentido de pertenecerse en el orden de la realidad"

¿"Qué es aquello en virtud de lo cual se subsiste"?

Responde que es la inteligencia, la que es la estructura radical del hombre, por la que se enfrenta o puede enfrentarse con el resto de la realidad y hasta con su propia realidad. Este modo de ver las

¹ Para Zubiri " la sustantividad es un sistema de notas dotado de suficiencia en el orden de la constitución, dentro de este sistema la esencia es el sistema fundante, el sistema de notas constitutivas"(Ver Zubiri: Sobre la Esencia (Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, España, 1963) . Ellacuría destaca en Zubiri en relación con la sustantividad "Estructura formal de la unidad constitucional formalmente individual", "Sistema clausurado y total de notas constitucionales". Ellacuría, I.: Indices de Sobre la Esencia (Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, España, 1965). En relación con esto, conviene señalar que para Zubiri la esencia está precisamente en relación con la sustantividad, " es un momento físico de la cosa: ' un momento de la realidad sustantiva en cuanto tal", "La esencia es un momento último de la sustantividad"(Ferrater Mora. J. : Diccionario de Filosofía. Alianza Editorial. Barcelona, España, 1986)

² Lo refiere de algún modo, aunque lo entiende no como término sino que como nota talitativa, al *sui ipsius* de la escolástica

³ Señala Zubiri: "La persona es a un tiempo consistente y subsistente. Por el momento de consistencia, se especifica e individualiza el hombre; por el momento de subsistencia, el individuo se pertenece a sí mismo: es una autopropiedad, se autoposee". Es la realidad que al tener un momento de subsistencia se identifica por pertenencia al posidente como lo poseído. "Y esta identificación intrínseca y formal es lo que propiamente debe llamarse *autós*, es decir, *auto-propiedad*, suidad."

cosas lo fundamenta y termina señalando que es la estructura que hace posible un para sí. "Pero lo que constituye la propiedad del hombre no es ser para sí, sino ser la esencia abierta, que no puede no ser para sí".

"Con lo cual tenemos que toda realidad intelectual es necesariamente subsistente, en este sentido personal. No puede existir una realidad dotada de inteligencia que no sea persona. Y, en segundo lugar, no solamente el hombre es por su inteligencia necesariamente una persona, sino que no existen subsistentes que no sean intelectivos."

Tomando la respuesta dada por la filosofía clásica acerca del subsistir - indivisum in se et divisum a quolibet alio - indiviso en sí y dividido de todo lo demás - afirma que no hay ninguna realidad física que cumpla con esta condición, que no existen individuos físicos ni biológicos, a lo más singularidades. "La realidad dotada de inteligencia es la única realidad que, como tipo de realidad, es perfectamente subsistente, porque es la única que cumple la triple condición de ser clausurada, de ser total, y de ser una esencia que se posee a sí misma en forma de esencia abierta".

"En consecuencia, las dos definiciones clásicas de la persona me parecen insuficientes. La primera, la definición de Boecio: la persona es sustancia individual de naturaleza racional. Es una falsa definición por dos razones. En primer lugar, porque es una definición en términos de sustancia y no de sustantividad. Y en segundo lugar, porque la inteligencia no tiene una función constitutiva de la subsistencia, sino que es una diferencia específica."

La segunda definición es la San Víctor y se reduce a la de Boecio: persona es la existencia incomunicable de una naturaleza intelectual.

Insiste: "Subsistir y consistir son dos aspectos de una sola realidad, que en su unidad es lo que hemos llamado persona como personeidad. Cuando se es una subsistencia personal se consiste forzosamente por lo menos en inteligencia; recíprocamente, cuando se es una sustantividad intelectual, se tiene por esa consistencia una subsistencia personal."

Ante otros planteamientos del problema, reitera: "Persona es un modo de realidad, no sólo una forma de realidad."

La tercera etapa se refiere a la "actualización de la realidad personal: me, mí, yo".

Un acto tiene dos vertientes: la de su contenido y aquella por la cual soy yo el que la ejecuta. La pregunta que nos interesa es: "¿en qué consiste la persona en sus actos?".

En el acto se actualiza la índole del ejecutante, "el que es un subsistente" y "por ello, en todo acto se actualiza, junto al contenido, el carácter subsistente del que ejecuta un acto"; el subsistente siempre sigue siendo el mismo aunque lo que hace nunca es lo mismo.

"Esta actualización no es una conciencia", la que no tiene sustantividad, "sino que es tan sólo un momento del acto intelectual". Se trata de una realidad que si bien no puede ser vivida más que como vivencia, es una realidad subsistente.

"Lo que llamamos personeidad en acto primo son las estructuras que confieren subsistencia. Y el acto en que se actualiza el subsistente es lo que llamaríamos el acto segundo. <juntos es lo que constituye estrictamente la personeidad integral".

Pero la forma primaria y radical de actualizarse el subsistente no es el , el yo sino que el me (me encuentro en tal...), el que aparece más pronunciado "cuanto más indistinto y más inexistente sea para sí mismo el hombre, y más distinto de la realidad en que está absorto y volcado". Sólo cuando no se encuentra absorto, su subsistema se actualiza en una segunda forma, que es el mí y cuando este se enfrenta con el todo de la realidad se eleva a la condición de yo . "El yo presupone el me y lo lleva a su vez como ingrediente suyo. En cierto modo, yo me estoy siendo como mí .

El mí , el me y el yo se encuentran estructuralmente fundados, y en su unidad constituyen la actualización del subsistente como acto".

Llama supra-stancia a una: "especie de dominio ontológico de prioridad metafísica, que tiene el subsistente respecto de los actos que ejecuta".

La persona humana tiene respecto de los actos que ejecuta una triple función:

- 1.- Datos gracias a los cuales es agente natural de sus actos.

2.- Es autor de sus actos, a diferencia del animal; es capaz no sólo de optar entre ellos sino que por una u otra manera de ser.

3.- Es actor de su vida por encontrarse en circunstancias de las que no es dueño.

"He aquí el tercer grado de explicación de la realidad personal. La realidad que me es propia era el primero. La realidad subsistente, el segundo. Y en tercer lugar, la actualización de la realidad personal en la triple estructura del me , del mí y del yo ."

d) "La personalidad como modulación de la personeidad".

La vertiente inseparable del acto es la de su contenido, que es la personalidad . El acto califica a quién lo produce.

"Lo califica porque el subsistente es subsistente, esto es, se pertenece a sí mismo como realidad, y porque aquello que ejecuta es un momento de su propia realidad en una forma o en otra. De ahí que lo califique inexorablemente. Y es que el hombre no sólo ejecuta unos actos, sino que en una u otra forma se los apropia . "....."Supuesto que los actos son una apropiación, son consiguientemente una cualificación del subsistente y le confieren no una personeidad, pero sí una personalidad, la personalidad como precipitado del contenido de los actos que la realidad personal va ejecutando. La apropiación no es sólo activa, sino también pasiva en correspondencia con la actividad pasiva de que se habló antes. En virtud de esa apropiación, la personalidad es el modo de ser persona, modo que consiste en que los actos van modalizando la personeidad".

La personalidad tiene algunos caracteres que son: la estabilidad "porque el hombre como subsistente siempre es el mismo, nunca es lo mismo", y la continuidad.

"La personalidad es la figura real y efectiva que una persona subsistente, en el decurso de sus actos, ha ido cobrando a lo largo de su vida: es la figura de lo que el subsistente ha hecho de sí mismo. Es una figura animi más que una forma mentis . Apropriados los actos por el hombre, realidad subsistente, la forma concreta de su apropiación le confiere precisamente una figura.

Llegamos así al final. En la realidad no existen sustantividades plenarias y subsistentes fuera del hombre. Existe un movimiento progresivo de singularidades que cada vez se aproximan más a lo que va a ser la realidad personal del hombre. La vitalización de la materia, la animalización de la vida, no son sino primordium donde se van a inscribir las estructuras formalmente constitutivas de la realidad personal. Esta realidad es una realidad en propiedad que estructuralmente subsiste como un todo clausurado y intelectualivo, que se actualiza en sus actos como subsistente, y modula su figura y su personalidad frente a todo cuanto hay en la realidad. Va cobrando así el hombre la figura que ha obtenido a lo largo de su vida, una figura cuyo perfil delimita la posición de esa persona en lo absoluto, en el todo de la realidad."

Referencias.-

- 1.- Abbagnano, Nicola: Diccionario de Filosofía. Editorial Fono de Cultura Económica, Méjico, 1963.
- 2.- Ferrater Mora, José: Diccionario de Filosofía. Alianza Editorial, Madrid, 1984
- 3.- Marías, Julián: Antropología Metafísica. Alianza Editorial, Madrid, 1983.
- 4.- Catecismo de la Iglesia Católica. Asociación de Editores de Catecismo, Madrid 1992.
- 5.- Zubiri, Xavier: Sobre el Hombre. Alianza Editorial, Madrid, 1986.

REFLEXIONES EN TORNO AL INICIO DE LA VIDA HUMANA

Dr. Pedro Naveillan F.

RESUMEN: Se presentan algunas reflexiones sobre el inicio de la vida humana que permitan orientar la conducta de los profesionales de la salud cuyas actividades guardan relación con ella.

1.- Notas preliminares.-

Se hace imperioso reflexionar en torno al inicio de la vida humana para disponer de una base o de premisas que permitan abordar desde la perspectiva de la bioética problemas tan graves como son el aborto, la inseminación artificial, la clonación y la preservación de embriones humanos.

En efecto, según cual sea el momento en que se inicie esta vida será del momento desde el cual podrá hablarse de aborto o de dar muerte a seres humanos cuando se dispone, por ejemplo, de los embriones obtenidos en probetas.

Como un modo de justificar muchos procedimientos experimentales, y otros no tanto, en medicina, suelen sus preconizadores hacer distinciones entre vida y vida humana, entre vida humana y persona, abriendo así campos para la experimentación que no signifiquen experimentación humana o destrucción de esta vida o que no sean atentados a la persona humana que sería la única que aceptan proteger.

En las líneas que siguen se tratará de arrojar alguna luz sobre estas materias que ojalá permitan a los médicos moverse más informadamente en las actividades que digan relación con la vida humana en sus comienzos.

2.- Animación, vida.-

Queremos aquí centrarnos en la vida, el bios (Βίος = vida, existencia).

Qué mejor manera de partir que hacerlo con el Diccionario de la Lengua Española¹: "**vida**. (Del lat. *vita*) f. Fuerza o actividad interna substancial, mediante la que obra el ser que la posee. || 2. Estado de actividad de los seres orgánicos. || 3. Unión del alma y cuerpo..."

En cuanto a la biología, ésta es etimológicamente la ciencia, conocimiento o discurso sobre la vida; y el Diccionario francés Petit Robertⁱⁱ, en su primera acepción, la define así: "Ciencia general de los seres vivos (antropología, zoología, botánica)"; sin embargo, este término evolucionó a su acepción actual, fundada en el modo de concebir la ciencia en los últimos siglos, y que el citado diccionario español la tipifica de este modo: "**biología**. (De biólogo.) f. Ciencia que trata de los seres vivos, considerándolos en su doble aspecto morfológico y fisiológico."

Es indudable que para que haya vida se requiere algo más que materia: un principio, un impulso que la conforme (le dé forma) y la dinamice con las características de los seres vivos. A este principio lo llamó Aristóteles **alma**, que es algo superior y distinto de la materia pese a estar en unión substancial con ella, la que se encuentra jerarquizada en los seres animados en tres funciones u operaciones que le son esenciales: el alma vegetativa o nutritiva, el alma sensitiva y motora y el alma intelectual o racional. El alma es la forma del ser viviente.

La evolución histórica de la biología, que en su inicio era el conocimiento o el saber sobre la vida, con el cientifismo que se instala progresivamente, olvida la dimensión central del

ser vivo que es el alma, que lo hace posible. A poco andar, la biología quedó trunca al amputarse su preocupación por el alma y quedó centrada en lo captable de lo vivo con el método científico - el que por naturaleza es incapaz de captar lo espiritual, reino al que pertenece el alma. Y como lo espiritual no es captable por la ciencia (en su sentido actual, bajo el modelo de las ciencias exactas), no es de extrañar que muchos biólogos simplistas nieguen la existencia de aquello que no ven o no tocan con sus instrumentos limitados: la existencia del alma, quedándose así anclados en un conocimiento necesariamente incompleto desde el que se sienten en libertad de pontificar, ignorando el principio que hace posible su quehacer.

Podemos, por tanto, afirmar que sin alma no hay vida y que el alma sólo cabe captarla mediante la filosofía, la intuición y la espiritualidad.

Las almas de las diferentes especies de seres vivos son distintas, con características que en cada caso les son propias. Estas son modos de operación diversos siendo el principal y propio del alma humana el racional, que no excluye otros modos de operación que también existen en los animales.

Por otra parte, se distinguen niveles dentro del alma humana siendo los superiores la psiquis o mente y el espíritu. Santa Teresa de Avila, en su caminar en lo místico y contemplativo, va descubriendo niveles también en lo espiritual y así nos habla de las "Moradas del Castillo Interior", que serían siete.

Sin embargo, el alma en cada individuo es una y no varias, tiene **unidad**, es un todo indiviso y que no puede ser dividido; siempre que está presente, se da por entero pese a que es susceptible de grados variables de actualización en sus diferentes dimensiones. Se entenderá esto último en relación con lo espiritual consultando la señalada obra de Santa Teresaⁱⁱⁱ.

Respecto de la información de la materia por el alma en el hombre, la animación en que se fundamenta la vida, conviene leer a Xavier Zubiri^{iv}, el gran filósofo español, quien destaca con toda propiedad que en el ser vivo el alma y el cuerpo no se dan como dos cosas distintas sino que en una unidad substancial, lo que expresa diciendo que **el hombre es cuerpo espiritualizado y espíritu encarnado**.

Vistas las cosas así y pese a pasadas reflexiones de algunos teólogos, no cabe duda de que cuando hay vida, materia animada, hay alma. Esta, que es **substancia y causa de la vida** (Aristóteles), está necesariamente presente desde el inicio de la vida en unión substancial con la materia a la que informa.

3.- Alma y Persona. Potencia y Acto.

Se ha planteado 'desde cuándo' el embrión humano adquiere el carácter de persona y no ha faltado quienes atribuyen éste a la presencia del sistema nervioso y/o a la capacidad de establecer relaciones.

Lo primero a retener es que la posibilidad de ser persona está fundada en el alma, en el alma encarnada.

Luego se prescinde del hecho de que el concepto de persona tiene una dimensión substancial y una dimensión relacional (consigo mismo, con los demás y con la trascendencia) (ver Abbagnano^v y Ferrater Mora^{vi}) y que la primera es la más central, la sine qua non.

Igualmente se olvida la clásica distinción aristoteliana de potencia y acto. Y algo o alguien puede estar existiendo solo en potencia con una actualidad mínima y sólo a través del tiempo lo potencial se va plasmando totalmente en acto. Es el conocido ejemplo de la semilla, por ejemplo del eucalipto, que es pequeñísima, en el que todo este gran árbol se encuentra en potencia esperando las condiciones favorables para su pleno desarrollo. La semilla es desde su inicio la **semilla-del-eucalipto** y el eucalipto en su pleno desarrollo es siempre el **eucalipto-de-**

la-semilla. Es substancialmente lo mismo tanto en potencia como en acto.

Con el ser humano, muy en especial en su dimensión personal, ocurre otro tanto: la persona desde el inicio de la vida humana y hasta su término se encuentra presente pero en diferentes condiciones de potencia y acto.

4.- Aspectos biológicos del inicio de la vida humana.-

Empleamos el término biológico en su sentido limitado en que se utiliza en la disciplina científica de la biología.

La célula humana tiene una forma que es siempre reconocible por el biólogo y está caracterizada preferentemente por sus cromosomas (composición genética o genoma humano), que son 46 dispuestos en 23 pares. Este se encuentra en todas las células del cuerpo y lleva la codificación genética de todo lo que será el cuerpo humano.

Se puede afirmar con rigor que sólo hay célula humana cuando esta carga genética se encuentra completa y que toda célula que la contiene es célula humana. Los espermios y óvulos, si bien son humanos por contener cromosomas de determinadas características pero no en pares, no alcanzan a ser células humanas.

Como observación de paso a ser desarrollada en otra oportunidad, valga la pena señalar que una célula puede estar muerta (fijada para su observación al microscopio) y tener completa su carga genética. Esto apunta a que la vida es algo más que ello.

Las células de suyo no constituyen un ser humano: requieren de una forma especial que las reúna en su variedad. El todo humano es más que la suma de las partes. Requieren de un alma humana. Sólo los espermios y los óvulos, bajo determinadas circunstancias, tienen la potencialidad de dar origen a un ser humano.

Estas circunstancias son que se una un espermio a un óvulo, que lo penetre y que pasen a formar un nuevo todo que es el óvulo fecundado en acto y un ser humano plenamente desarrollado en potencia. Este pasará por sus etapas de conceptus, de embrión, de feto, de bebé, de niño, de joven, de adulto y de anciano si las circunstancias le son favorables.

Es decir, hay nueva vida humana desde la fecundación.

Pero hay quienes discuten hoy día si basta la penetración del pronúcleo del espermio al óvulo para que se pueda hablar de vida humana o si se requiere que ambos pronúcleos - el del espermio y el del óvulo -se fusionen para que ésta tenga lugar. Y esto es importante desde el punto de vista ético porque quienes piensan del último modo encuentran una justificación para la criopreservación o para la disposición de este material humano si éstas se hace antes de la señalada fusión.

Los que así piensan olvidan que una vez que ha penetrado el espermatozoide en el óvulo éste se ha transformado en una nueva célula humana ya que contiene en su interior la totalidad de la carga genética del ser humano, independientemente de que ésta se encuentre fusionada o no en un sólo núcleo. Más aún, no consideran que si se deja que la cosas sigan su curso natural, sin intervención humana, esta fusión se establecerá rápidamente, pasará de la potencia al acto. Desde la penetración del pronúcleo espermático al óvulo ya se produjo algo nuevo dotado de una dinámica propia, que es una nueva vida humana, una nueva persona.

Más aún, actualmente los avances científicos parecen señalar a que la singamia (la fusión de los pronúcleos) no ocurre en la especie humana sino que apenas se produce la penetración al óvulo del pronúcleo del espermio, los cromosomas de ambos se aparean y comienzan de inmediato a dividirse.

5.- A modo de conclusión. -

Para el reflexionar moral médico y para las conductas a seguir en las profesiones de la salud cuando éstas llevan a enfrentarse con los inicios de la vida humana, es importante retener un principio básico de prudencia: **en la duda, ábstente**.

En efecto, todos los antecedentes presentados en este breve escrito apuntan a que la vida humana se inicia mucho antes de lo que sostienen algunos médicos comprometidos con los procesos reproductivos humanos y que no es conveniente hilar demasiado fino en lo ético buscando espacios mínimos de tiempo - minutos u horas - que dejen libertad para experimentar con la vida humana naciente o por nacer, toda vez que las consideraciones de elementos filosóficos y espirituales a la vez que biológicos apuntan a que la vida humana se inicia desde el momento mismo de la fecundación del óvulo humano por el espermio de la misma procedencia.

Finalmente, conviene señalar los campos de la medicina que más deben tomar en cuenta el principio de la vida humana y su respeto y a cuyos profesionales les es indispensable reflexionar sobre estas materias para poder actuar con toda ética. Estos son, entre otros: la anticoncepción, el tratamiento de la esterilidad con su variadas técnicas, la preservación y la disposición de "óvulos fecundados", la clonación humana.

Referencias.-

- 1.- Real Academia Española: Diccionario de la Lengua Española. 19 edición Espasa-Calpe, Madrid, España, 1970.
- 2- Petit Robert: Dictionnaire de la Langue Française. Le Robert, París, Francia, 1987.
- 3.- Santa Teresa de Avila: Moradas del Castillo Interior. Editorial Bruguera, Barcelona, España, 1969
- 4.- Zubiri, Xavier: Sobre el Hombre. Alianza Editorial S.A., Madrid, España, 1986
- 5.- Abbagnano, Nicola: Diccionario de Filosofía. Fondo de Cultura Económica, México, 1963.
- 6.- Ferrater Mora, José: Diccionario de Filosofía. Alianza Editorial. Madrid, España, 1984.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA DETERMINACIÓN DE LA MUERTE DE SERES HUMANOS.

Dr. Pedro Naveillan F.

El primer tema a cuyo estudio se abocó el Comité de Ética fue el de la muerte encefálica, más conocida en nuestro medio como muerte cerebral. Y quiso analizarlo en relación con el problema de donación de órganos entre un donante "muerto" y un receptor vivo, por ser la condición más actual en que se plantea la problemática de la determinación de la muerte por otros criterios que no sean el de la cesación definitiva de las funciones cardio-respiratorias.

No ha abordado el análisis ético de los trasplantes de órganos sino que solamente la condición que hace posible, en la actualidad, disponer de órganos de buena calidad, provenientes de un donante que se considera fallecido de acuerdo a nuevos criterios de determinación de la muerte, que no son los tradicionales.

El Comité, en su declaración sobre los aspectos éticos de esta determinación, ha querido ilustrar a los médicos sobre esta problemática de modo tal que la determinación que tomen al respecto sea plenamente informada. Ha dejado abierta la cuestión de si basta la constatación de la muerte encefálica para considerar muerta una persona. Cada cual deberá proceder de acuerdo a los dictados de su conciencia.

Sin embargo, quiso velar porque los requisitos para la determinación de la muerte de acuerdo a estos nuevos criterios se cumplieran a cabalidad. Quiso, también, cautelar que el donante tuviera la información suficiente antes de tomar la decisión de donar o no donar sus órganos en caso de caer en estado de muerte encefálica.

1.- INTRODUCCIÓN.

Las presentes consideraciones son el fruto del estudio bibliográfico, de las informaciones que diferentes profesionales han testimoniado al Comité, y del análisis crítico de las mismas realizado por éste.

Los criterios tradicionales de la muerte en nuestra cultura occidental han guardado relación con la cesación de la función de órganos que se han considerados vitales, sin el adecuado funcionamiento de los cuales el resto del organismo no puede subsistir como un todo, destruyéndose sus partes con una velocidad variable, lo que implica un menor o mayor tiempo para que esto acaezca. Es así como, por ejemplo, las uñas y el pelo pueden seguir creciendo durante algún tiempo después que la persona ha sido considerada muerta; también se sabe que cesadas las funciones vitales, los diferentes órganos tardan un tiempo diverso en morir pero sin estar ya al servicio de un todo.

Estos criterios tradicionales han sido la cesación de la respiración y el pulso o latido cardíaco, sabiéndose que después de algunos minutos u horas es seguido por la muerte del sistema nervioso central y de los principales órganos del cuerpo.

Cómo órganos vitales, esto es, sustentadores de la vida, se han considerado el pulmón, el corazón y el sistema nervioso central.

Las innovaciones tecnológicas médicas han hecho posible la mantención de la vida después de la cesación transitoria o definitiva de la función cardíaca, de la pulmonar e, incluso de la del sistema nervioso central. En efecto, modernas maquinarias permiten mantener la oxigenación y la circulación de la sangre independientemente del pulmón y del corazón y de algunas funciones fundamentales del organismo después que se ha establecido lo que se llama la muerte cerebral (que es, en realidad, muerte encefálica) y que analizaremos más adelante. Ejemplo de esto es la mantención de la vida después del trasplante de órganos tales como el corazón.

Lo anteriormente señalado ha llevado al cuestionamiento de los criterios tradicionales para el establecimiento de la muerte, interrogándose sobre la "vitalidad" (órgano vital), por ejemplo, del corazón, toda vez que se puede prescindir por un tiempo de él e, incluso, sustituirlo, y a la búsqueda de nuevos criterios (y conceptos) de muerte, entre los que figuran los de la llamada muerte cerebral. Sin embargo, no se ha considerado debidamente que al referirse al corazón o al pulmón se esté haciendo referencia a ellos en cuanto aseguran la oxigenación y distribución de la sangre, esencial para la vida del resto del organismo, y que lo que se hace es mantener estas funciones con medios artificiales pero las cuales siguen siendo igualmente vitales, lo que

se reconoce incluso en el caso de haber determinado la muerte cerebral (más bien, encefálica; ver más adelante) y necesitar utilizar los órganos para trasplantes a otros seres humanos. Por otra parte, dos nuevas situaciones han llevado, también, al cuestionamiento del concepto y de los criterios de muerte. Estas son:

- La posibilidad de mantener viva a una persona mediante el empleo de medios artificiales durante tiempo prolongado, aunque esté comatosa. Esto ha llevado a la consideración de si realmente está viva cuando han cesado la mayoría de las funciones del sistema nervioso central en forma irreversible; de si es lícito o no suspender los medios extraordinarios para mantener la vida en estas circunstancias; de hasta donde es conveniente seguir distrayendo recursos de salud en estos casos cuando podrían ser mejor aplicados en otros pacientes con mejor posibilidad de sobrevivir. Se ha considerado de que si se reúnen los criterios que tipifican la "muerte cerebral" (encefálica: ver más adelante) se puede lícitamente suspender los medios extraordinarios de mantención de la vida y dejar que la naturaleza siga su curso; es, en definitiva, ésta la que se encarga de establecer si la persona sigue o no viva después de suspendidos éstos. En este caso, al criterio de la muerte cerebral (encefálica: ver más adelante) sigue el criterio de la muerte sistemática (cese de las funciones cardiorrespiratorias) como el definitorio del término de la vida. Es decir, se siguen manteniendo los criterios clásicos occidentales de muerte, siendo el de la muerte cerebral (encefálica: ver más adelante) sólo válido para la suspensión de los medios extraordinarios. Esto es muy importante tenerlo presente.

- La posibilidad del trasplante de órganos, de los cuales están necesitados muchos pacientes para asegurarse una sobrevivencia o una mejor calidad de vida. Esta posibilidad ha llevado a una gran preocupación por la viabilidad de los órganos, algunos de los cuales "mueren" (se vuelven inútiles para los fines del trasplante) minutos u horas después de cesada la función cardiorrespiratoria. Al parecer, el caso más crucial es el del corazón el cual, para ser útil, no puede haber cesado de latir ni haber carecido de oxigenación. Esto ha llevado en el pasado a una especie de "presión-necesidad" para correr o hacer anteceder la hora de la muerte a un momento en el que aún se mantiene la circulación y oxigenación de la sangre por medios naturales o artificiales. Se ha buscado así prescindir de los criterios sistémicos de muerte para reemplazarlos por los de muerte cerebral (encefálica; ver más adelante). Siguiendo esta línea de conducta, algunos buscan prescindir de la prueba de apnea -por un tiempo suficiente y en condiciones técnicas adecuadas como para no producir un mal mayor - conformándose con la muerte cerebral (encefálica; ver más adelante). Incluso criterios de consenso establecidos por la definición de compromiso llamada Acta de la Determinación Uniforme de la Muerte, Abril de 1980 (1) - consenso entre dos abogados de la Asociación Médica de Estados Unidos, el presidente del Comité de Medicina y Ley de la Asociación Americana de Abogados y el director ejecutivo de la Conferencia Nacional para Leyes Estatales Uniformes - los hacen alternativos y no complementarios; otros (p. ej.: Parlamento Danés (2) que exigen para todos los fines el criterio tradicional, hacen una excepción a favor de la muerte cerebral (encefálica; ver más adelante) solamente para el caso de los trasplantes de órgano por considerar que las razones humanitarias son válidas, en determinadas circunstancias, para prescindir del primero. Con estos mismos fines, también se ha buscado hacer un distinguo entre la determinación puntual de la muerte (momento preciso en que ésta ocurre) y lo que se ha llamado estar en proceso de muerte o de morir. Esto se ha fundamentado en que no todos los órganos fallecen al mismo instante lo que implicaría que hay un proceso en el morir, el que puede tomar varias horas; que lo que importa, para los fines legales y sociales prácticos, es fijar un momento, en base a ciertos criterios, a partir del cual se derivan una serie de consecuencias. Si se está en proceso de morir, este momento es arbitrario y puede anticiparse a los tradicionales el instante en que se determina su existencia.

Igualmente, se han hecho distinguos entre la muerte de la persona humana y la muerte del cuerpo, proponiéndose que ésta fallece antes que su cuerpo, el que pasa a ser luego una suerte de cosa, más o menos viva o vegetal de la cual es lícito servirse para fines humanitarios. En cierto modo, es distinguir entre vida humana y vida vegetativa.

2.- ALGUNAS DEFINICIONES.

Tomaremos algunas definiciones dadas por Korein (3)

MUERTE

- La clásica definición de muerte del ser humano se relaciona con el criterio utilizado, ej.: los utilizados por el médico, que identifica el estado. Inherente a la definición es que el estado es irreversible y está la presunción implícita de que tiene lugar en un momento específico. Más a menudo estos criterios se definen en término de la cesación de funciones vitales. Estos incluyen la pérdida de las funciones cardiorrespiratorias y neural. Los criterios para determinar tal pérdida son la ausencia de latidos cardíacos, de presión arterial, de respiración, de actividad motora y la total falta de respuestas. Se han sugerido otros criterios para confirmar el diagnóstico con mayor certeza, incluyendo del inicio del rigor mortis y aún la putrefacción, pero la mayoría de los practicantes de la medicina y de la ley aceptarían los mencionados más arriba como adecuados para el pronunciamiento de la ley. Otros términos que se pueden usar sinónimamente con la definición de la muerte incluyen la muerte sistemática y la definición de la ley común sobre la muerte".

MUERTE ENCEFÁLICA

Hemos preferido esta traducción para el término inglés "brain death" aunque el uso habitual en español es el de muerte cerebral, por las razones que se verán al comparar esta definición con la siguiente de muerte cerebral que se da más adelante.

"Se define la muerte encefálica como la destrucción irreversible de los contenidos neuronales de la cavidad intracraneal. Esto incluye ambos hemisferios cerebrales, incluyendo la corteza y las estructuras profundas, al igual que el tronco cerebral y el cerebelo. Un término equivalente es el de infarto encefálico total hasta el primer nivel cervical de la médula espinal"....."Para desarrollar criterios apropiados para el diagnóstico de la muerte encefálica no se requiere que todas las neuronas del encéfalo estén destruidas. Mas bien implica que la extensión de la destrucción sea tan grande que a pesar de todas las medidas de apoyo, el paro cardíaco y la muerte del ser humano adulto sea inevitable en el plazo de una semana. La muerte del ser humano (como la definimos previamente) y la muerte encefálica significan en última instancia que todas las estructuras neuronales del cerebro van a morir. Ambas definiciones definen la muerte de la misma manera, esto es, la muerte del encéfalo. Sin embargo los criterios utilizados por el médico para llegar al diagnóstico de muerte en contraste con la muerte encefálica, difieren. Estos diagnósticos derivados son equivalentes, ambos representan la muerte de un individuo."

MUERTE CEREBRAL

"Hablando estrictamente, la muerte cerebral se define como la destrucción irreversible de ambos hemisferios cerebrales excluyendo el tronco cerebral y el cerebelo. Sin embargo, la muerte cerebral se ha usado y se sigue usando como sinónimo de la muerte encefálica. En la mayoría de las situaciones los criterios para determinar la "muerte cerebral" pueden incluir componentes de las funciones del tronco cerebral, por ejemplo, la apnea. En estas situaciones la progresión desde la muerte cerebral hacia la muerte total del encéfalo es a menudo frecuente y completa. Rara vez, sin embargo, surgen situaciones clínicas en las cuales pueden estar comprometidos sólo los hemisferios cerebrales en el proceso destructivo pero estando el tronco cerebral indemne. Estas excepciones pueden conducir a un estado comatoso crónico o estado no cognitivo el que debe ser considerado como una categoría diagnóstica diferente, que se definirá más adelante. Por consiguiente, generalmente no se recomienda el empleo de la "muerte cerebral como sinónimo de la "muerte encefálica". Para evitar confusiones, se hará un intento para identificar la manera en la cual se usa el término muerte cerebral y si se usa o no como sinónimo de muerte encefálica."

COMA DEPASSÉ

"Este término se refiere a pacientes que están en un coma sin respuesta a los estímulos, están apneicos y que no tienen actividad electroencefalográfica en las estructuras profundas o superficiales del cerebro. En 1970 se incluyó el criterio adicional de ausencia de circulación cerebral intracraneana para definir el coma depassé. Así, en efecto, si se cumple con todos estos criterios, el término, que puede traducirse como ultra coma o más allá del coma (y en numerosas ocasiones fue traducido desgraciadamente como significando coma irreversible) puede ser usado como equivalente de la muerte encefálica, como la hemos definido más arriba".

MUERTE DEL TRONCO CEREBRAL

"Numerosos grupos de investigadores han considerado la destrucción irreversible del tronco cerebral con ausencias de funciones de dicho tronco per se como equivalentes de la muerte del ser humano. Sin embargo, los pacientes en este estado pueden presentar evidencia de actividad electroencefalográfica y circulación cerebral y, por consiguientes no se considera generalmente que satisfagan los criterios de la muerte encefálica. Tales pacientes pueden eventualmente llegar a la muerte encefálica o permanecer por prolongados períodos en estado comatoso si se les proporciona medidas adecuadas de apoyo."

MUERTE NEOCORTICAL

"Se ha usado este término para describir la destrucción bilateral de la neuronas corticales pero pudiendo permanecer intactas estructuras profundas de los hemisferios cerebrales tales como el tálamo, los ganglios basales junto con el tronco cerebral y el cerebelo. Sin embargo, pueden estar comprometidas en grado diverso otras estructuras intracraneales. Tales pacientes pueden, poco frecuentemente, plantear un problema en el diagnóstico cerebral de la muerte encefálica. Lo más frecuente es que incluyan un repertorio, limitado a complejo, de reflejos del tronco cerebral, que los distinguen claramente de los pacientes con otras condiciones. El término de síndrome apálico puede ser considerado como esencialmente similar al de muerte neocortical, aunque algunos investigadores discrepan en esto".

COMA SIN RESPUESTAS

Es el más profundo estado de coma en el cual el paciente habitualmente no presenta respuestas a los estímulos externos ni movimientos espontáneos. Tales pacientes pueden, sin embargo, presentar respuestas reflejas espinales tales como la retracción de la pierna frente a estímulos dolorosos y/o reflejos tendinosos profundos en las extremidades".

SÍNTOMAS VEGETATIVOS PERSISTENTES Y ESTADOS NO COGNITIVOS

"Estos términos describen un conjunto de estados irreversibles. No siempre puede definirse claramente el substrato patológico que compromete las estructuras neuronales. La muerte neocortical y el síndrome apálico son intentos de clasificar estos síndromes neuropatológicos. La falta de precisión de estos términos refleja la multiplicidad de las lesiones neuropatológicas encontradas en el cerebro de los pacientes con estados no cognitivos persistentes"

"Estos pacientes no están muertos encefálicamente. Si se utilizan medios apropiados de resucitación, se puede mantener a estos pacientes en este estado por muchos años." El monstruo anencéfalo que sobrevive puede ser considerado como un estado análogo al de estos pacientes.

SÍNDROME APÁLICO

"Este síndrome es la resultante de la ausencia o destrucción del pallium, esto es, de las estructuras neocorticales del cerebro..."

COMA IRREVERSIBLE

"Este término es el paraguas que cubre una variedad de estados irreversibles, por ejemplo: la muerte encefálica, la muerte cerebral y los estados no cognitivos persistentes. Se ha usado, infortunadamente, como un sinónimo de muerte encefálica y de muerte cerebral. Este uso es erróneo e induce a confusión. Se sugiere, por tanto, que este término se use exclusivamente con calificación."

ENCÉFALO RESPIRADOR

"El estado final de la destrucción encefálica definida patológicamente en un paciente que está muerto encefálicamente y mantenido en un respirador completado con elementos adjuntos para la mantención de la vida.....La principal dificultad de la mayoría de las definiciones es que no incluyen la relación con la cesación de la circulación intracraneana. Parece que el proceso patológico puede presentarse hasta 20 horas después de la cesación del flujo sanguíneo intracraneal. El examen neuropatológico del cerebro previo a estas horas puede, por tanto, ser fuente de error".

APNEA

"Apnea es la incapacidad del individuo para respirar espontáneamente. Surge el problema con este criterio cuando el paciente ha sido colocado en un respirador. Hay una gran variedad de pruebas para determinar si el paciente puede de hecho recuperar la respiración natural en el caso de que sencillamente no pase a llevar el respirador. " Señala que hay limitaciones, problemas y dificultades para obtener una definición clara y simple de apnea.

REFLEJOS CEFÁLICOS

"Los reflejos cefálicos son aquellos que requieren de la integridad de las estructuras del tronco cerebral. Los más significativos son aquellos que se refieren a la respuesta pupilar a la luz y a los movimientos extraoculares (reflejos óculo-cefálicos y vestibulares)..... Estos son fenómenos vegetativos en oposición a la función cognitiva".

REFLEJOS ESPINALES

"Los reflejos espinales son aquellos que requieren de la integridad de las estructuras espinales. Dado que la muerte cerebral puede ocurrir con una médula espinal viable, la presencia de los reflejos espinales no milita contra el diagnóstico de muerte encefálica."

3.- Los CRITERIOS DE MUERTE DE HARVARD Y DE LA DECLARACIÓN DE SIDNEY.

Los criterios de Harvard fueron desarrollados en 1968 y definen la muerte cerebral (en inglés, cerebral death) como coma irreversible (muerte encefálica = brain death) en término de las siguientes características.

- 1.- Ausencias de respuestas cerebrales
- 2.- Ausencia de movimientos inducidos o espontáneos
- 3.- Ausencia de respiración espontánea (requiriendo el uso de respirador)
- 4.- Ausencia de reflejos cefálicos y tendinosos profundos
- 5.- Ausencia de intoxicación por drogas o hipotermia
- 6.- Presencia de electroencefalograma plano
- 7.- Persistencia de estas condiciones por 24 horas"(4)

La Declaración de Sidney agregó, en 1968, dos elementos importantes para los efectos del trasplante de órganos:

- a) La reafirmación de que la muerte es un proceso y que el hecho de que haya células vivas no significa que el organismo como un todo esté vivo.
- b) El requisito de la certificación de la muerte por dos médicos.

4.- EL VALOR DE LOS CRITERIOS DE MUERTE ENCEFÁLICA.

Allen y col.(5) en su análisis de los criterios clínicos de la muerte encefálica basado en el estudio colaborativo del NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke), en el cual se siguieron 503 casos en los cuales los criterios de inclusión habían sido el estado comatoso y la apnea de más 15 minutos (entendida esta como la incapacidad de pasar a llevar o de sobreponerse al respirador), señalan que hubo 44 sobrevivientes, que revisan conjuntamente con una submuestra de 102 casos en los cuales se especificaron detalles acerca del curso temporal y del desenlace. En base a esos 503 casos buscan determinar el valor de los diferentes criterios clínicos utilizados como indicadores de la muerte.

El subconjunto de 102 pacientes correspondían a un grupo estudiado en los hospitales de la Universidad de Ohio, compuesto por adultos y niños mayores de un año. Los 44 que sobrevivieron (del total de los 503) incluían casos en que había habido intoxicación por drogas pero también en los cuales ésta no había existido; estos pacientes fueron identificados como de muerte encefálica presunta en base al silencio eléctrico cerebral (SEC, ECS en inglés) y apnea por 24 horas o más.

En su discusión de los resultados señalan la dificultad de encontrar un punto final alternativo e incontrovertible frente al cual valorar los diferentes criterios de muerte. Más adelante afirman que: "El paso de un período de horas después del desarrollo de SEC y los signos clínicos de pérdida de la función cerebral es necesario para el desarrollo de cambios neurológicos que puedan ser detectados a un nivel microscópico grosero o fino". Finalmente dicen que tuvieron que recurrir: "al uso de múltiples puntos terminales, todos los cuales están relacionados directamente con el estado de muerte encefálica. La definición de coma, apnea, pérdida de los

reflejos cefálicos, y el diagnóstico patológico de cerebro respirador (completo o incompleto) excluiría muchos casos de su validez o precisión"... "La combinación de coma, apnea y SEC de 24 horas, en ausencia de hipotermia y de intoxicación por drogas, fue considerada como criterio adecuado de una definición de muerte encefálica presuntiva."

Utilizando como patrón de oro para la determinación de la muerte el criterio anteriormente señalado, analizan algunos signos y concluyen:

a) Que aunque la presión arterial puede descender en pacientes con muerte encefálica después de estar largo tiempo en el respirador, pareciera que la supervivencia de la médula espinal y mecanismos periféricos son adecuados para mantener la presión arterial en la posición supina durante los períodos críticos iniciales de observación.

b) "Los reflejos cefálicos, como grupo, mostraban clara correlación con la muerte encefálica presunta en cualquier período posterior al desarrollo del SEC." Sin embargo, se presentaban importantes diferencias entre los reflejos individuales y es así como el tamaño pupilar no era un indicador consistente o confiable. Pero los reflejos pupilares, vestibular, óculo-cefálico y corneal se demostraron como valiosos de acuerdo a todos los métodos de análisis. "En todos los demás reflejos cefálicos se encontró alguna restricción para su aplicación general".

c) "Respecto de los reflejos tendinosos, la presencia o ausencia de ellos tenía poca relación con la identificación de la muerte encefálica."

d) "Las respuestas plantares probaron no ser de valor para el reconocimiento de la muerte encefálica" al igual que los reflejos abdominales.

e) Respecto de los movimientos espontáneos: concluyen que sólo tiene un valor periférico ya que pueden aparecer en casos que satisfacen los criterios más rigurosos de muerte encefálica. En relación con los inducidos por estímulos, señalan que ellos, al igual que el tono muscular, no deben ser usados como criterios de la muerte cerebral ya que no traducen más que la subsistencia de fragmentos de reflejos espinales.

En la tabla que sigue se señalan los criterios clínicos que parecen ser de más valor.

TABLA N° 1
CRITERIOS CLÍNICOS EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA MUERTE ENCEFÁLICA
Bases de la elección

| Criterios | Información de correlación | rápido retorno de sobrevivientes | Interpretación lega | Alta tasa de presencia |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------|
| Recomendados | | | | |
| Coma | (+) | + | + | + |
| Apnea | (+) | + | + | + |
| Reflejos a la luz | + | + | | + |
| Ref. vestibulares | + | | | |
| Ref. óculo-cefálicos | + | | | + |
| Reflejo corneal | + | + | | + |
| Probables | | | | |
| Movimientos espontáneos | + | + | + | + |

Tomada de Allen et al. (5)

Se concluye que son esenciales para el diagnóstico de muerte cerebral la presencia de coma y apnea sin que aparezca a través del tiempo ninguna tendencia a recuperar estas funciones. Agregan: "Los cuatro reflejos cefálicos cuya ausencia es del mayor valor para la identificación de la muerte encefálica son los reflejos a la luz, vestibular, óculo-cefálico y corneales." Consideran igualmente esencial, como agregado a los criterios clínicos, el silencio electroencefalográfico.

Terminan señalando: "Actualmente es muy importante que la definición de muerte encefálica sea hecha con precisión; por consiguiente, es importante evitar la confusión de los trastornos del tronco cerebral con la condición de daño irreversible y necrosis en ambos hemisferios cerebrales conjuntamente con la del tronco cerebral.

En la discusión que siguió a la presentación de este trabajo, Grenvik (6) señaló que: "no le parece que la ausencia de la capacidad de sobreponerse al respirador por 15 minutos fuera un

criterio (adecuado) de apnea", a lo que Allen respondió: "Concuerdo en que este es un test insatisfactorio para la apnea. Este test fue utilizado inicialmente en nuestro estudio colaborativo para evitar daños a las partes posiblemente indemnes del encéfalo que pudieran presentarse al remover al paciente del respirador. Nuestros métodos para la determinación de la apnea han evolucionado, y el que se ha propuesto más recientemente ha sido el resultado de estudios en los cuales se utilizó la oxigenación para prevenir la anoxia inducida. Estas técnicas disminuyen la posibilidad de inducir un daño cerebral mayor".

En nota al pie, Korein señala: "En realidad, el test de los 15 minutos fue usado como un criterio junto al de coma que no responde para admitir a los pacientes en el estudio colaborativo. Después de su admisión, la mayoría, sino todos los pacientes, en numerosos centros tuvieron un test de apnea que requería la remoción del respirador".

5.- EL VALOR DEL ELECTROENCEFALOGRAMA EN LA DETERMINACIÓN DE LA MUERTE ENCEFÁLICA.

Bennett (7), en la revisión que hace del tema, parte haciendo algunas afirmaciones que vale la pena destacar antes de entrar en materia. Es así como señala que: "La muerte encefálica es una forma de coma irreversible. No todos los pacientes en coma irreversible están muertos encefálicamente.", destacando el concepto de muerte encefálica que hemos señalado más arriba. Respecto del electroencefalograma: "El EEG que muestra una ausencia de ondas cerebrales ha sido llamado plano, isoelectrico, nulo, equipotencial, o como que muestra silencio electrocerebral (SEC). Aunque existe un debate semántico, todos los investigadores concuerdan en que la definición debe ser operacional, es decir, especificando tanto las técnicas como la duración del trazado". "Para el Estudio de Sobrevida Cerebral se empleó el término de "silencio electroencefalográfico" y se consideró presente cuando el registro mostraba una ausencia de potenciales cerebrales de más de 2 uV durante un período de al menos 30 minutos tomado desde pares de electrodos colocados simétricamente 10 cm de separación y con resistencias interelectrodos entre 100 y 10.000 ohms. En casos excepcionales un EEG satisfactorio puede ser obtenido con resistencia bajo los 25.000 ohms, pero la resistencia debe anotarse.". En dicho estudio, cerca del 6% de los 2.256 registros fueron clasificados como insatisfactorio por dificultades técnicas. Por otra parte, un Comité Ad-hoc de la Asociación Americana de Electroencefalografía señala que de los 176 profesionales que respondieron a un cuestionario especial sobre la materia, el 43% no tenía experiencia en este tipo de problemas.

La concordancia entre los interpretadores de EEG, en dicho estudio, se da en la tabla que sigue (tabla N° 2):

TABLA N° 2

Estudio de Sobrevida Cerebral (ESC): Concordancia de EEGrafistas*

| N° de EEGs revisados | Centro de interpretación | SEC | Interpretación del panel Equívoco | A.C. | Porcentaje Concordancia |
|----------------------|---------------------------|-----|-----------------------------------|------|-------------------------|
| 133 | SEC | 115 | 9 | 9 | 86% |
| 27 | Equívoco | 1 | 18 | 8 | 67% |
| 143 | Actividad Cerebral (A.C.) | 11 | 1 | 131 | 82% |
| T 303 | | | | | |

N° total de EEGs: 2.256

Tomada de Bennett (7)

En relación con el valor del silencio electroencefalográfico (SEC), conviene citar algunas notas extractadas de dicho trabajo:

"Debe mencionarse que en algunas raras ocasiones puede haber respiración espontánea en pacientes con SEC".

"La recuperación del coma asociado con SEC secundario a drogas sedantes o hipnóticas es algo bien conocido en la actualidad".

"En los últimos 20 años, un cierto número de autores han informado del retorno de ondas cerebrales en comas no inducidos por drogas".

"Sin embargo, a pesar de los problemas técnicos y de interpretación, es posible que en casos de personas no intoxicadas las ondas cerebrales puedan volver después de un período inicial de SEC. Esto puede ocurrir cuando el registro se lleva a cabo pronto después de catástrofes, tales como la detención cardíaca y/o paro respiratorio".

"Hay numerosos casos de coma profundo que pueden imitar la muerte encefálica".

"Las lesiones del tronco cerebral debidas a trauma, infarto, o hemorragia también pueden simular la muerte encefálica".

"Entonces el EEG proporciona una garantía adicional" (se refiere al caso de los dos párrafos anteriores).

Finalmente, en el resumen, el autor señala: "El silencio electroencefalográfico per se no significa necesariamente una disfunción cerebral total o irreversible. En el estado de muerte cerebral el EEG está siempre silencioso; sin embargo, el SEC no siempre significa muerte cerebral, El electroencefalograma, cuando es debidamente usado, puede ser de la mayor ayuda para el médico. El sólo uso de los criterios clínicos para el establecimiento de la muerte encefálica puede carecer de especificidad y, en casos ocasionales, puede hacer que lesiones potencialmente remediables sean pasadas por alto. El diagnóstico de la muerte cerebral no puede hacerse en base a solamente un test. El médico debe tomar su decisión basado en la totalidad del cuadro clínico y en el resultado de los estudios que tiene al alcance de la mano". Hughes (8) también muestra las limitaciones del electroencefalograma en el coma y la muerte cerebral. Señala igualmente que:

"hay algunos muy conocidos ejemplos de pacientes con SEC que se han recuperado".

"Puesto que tanto la intoxicación por drogas cuanto la hipotermia pueden jugar un papel en las amplitudes registradas en los EEG, Prior (9) ha sugerido que no se puede predecir la evolución final de pacientes cuyo registro EEG muestra SEC si existe una historia de abuso de drogas o de hipotermia".

"La literatura contiene numerosos ejemplos de SEC (o de supuesto SEC) sin intoxicación por drogas o hipotermia en los cuales posteriormente hubo una recuperación de la actividad".

"Los autores concluyen que la muerte encefálica se debe basar en una combinación de EEG plano y también de déficits clínicos específicos, todos los cuales deben persistir por al menos 24 horas".

Respecto de un trabajo de Leenstra-Borsje et al.(10) señalan que: "Su conclusión fue que el SEC solo no era prueba absoluta de muerte cerebral" y, en relación con el de Bricolo et al.(11): "Estos autores han concluido que el SEC solo, por consiguiente, no decide la muerte cerebral".

Analizando el de Silverman y su grupo (12) señala: "Estos investigadores concluyeron que el SEC, cuando está debidamente registrado, junto con un cuadro neurológico de total falta de respuestas y coma, con ausencia de reflejos y de respiración espontánea, representa una fuerte evidencia presuntiva de la muerte encefálica total, excepto después de la administración de drogas depresoras del sistema nervioso central y del ejemplo teórico de la hibernación. Sin embargo, algunos de los ejemplos mencionados en esta sección sugieren la posibilidad de SEC sin intoxicación por drogas o hipotermia pero con recuperación definitiva de la actividad y, en algunas circunstancias, recuperación de la función clínica".

Dado que el concepto de muerte encefálica incluye todo el contenido de la cavidad craneana hasta C1, es conveniente señalar que la mayor limitación del EEG está en que los electrodos superficiales, colocados en el cuero cabelludo, no son capaces de registrar toda la actividad subcortical, Vissor(13) estudió un caso con electrodos profundos, registrando actividad en la región talámica. Por ellos Hughes señala que: "La conclusión de este investigador fue que el silencio en el cuero cabelludo no significaba que las regiones subcorticales estuvieran también silenciosas.

El mismo autor señala 6 casos, informados por otro autor, en que el silencio electroencefalográfico se acompañaba con circulación intracraneal, determinada por el angiograma.

Refiriéndose a otros estudios de otros autores, Hughes señala: "Los autores señalaron claramente que la distinción entre vivos y muertos da una importancia cardinal a la función respiratoria y no a aquellas funciones superiores del sistema nervioso central que separan al hombre de los primates inferiores y de otros vertebrados "Estos estudios enfatizan lo largo del período de tiempo (ej.:87días) durante los cuales el SEC puede ser registrado con continuación de las funciones del tronco cerebral".

Señala Hughes, casi como conclusión, que el EEG puede ser un pobre predictor de la vida o de la muerte bajo ciertas circunstancias.

Goldensohn (14), al revisar la relación entre el EEG y el examen clínico en la determinación de la muerte encefálica, señala que: "Existe un fuerte y justificado sesgo por parte de los médicos clínicos en no restar importancia al examen clínico en favor de la información de laboratorio al momento de la toma de decisiones". En relación con el Estudio Colaborativo de los 503 casos (citado más arriba) nos dice: "La apnea, la que habitualmente continuaba después de desconectar al paciente del respirador, a veces se vio seguida por esfuerzos respiratorios transitorios" y que: "Por tanto, ni el coma con ausencia de reflejos cefálicos y apnea ni el EEG pueden ser considerados aisladamente como criterios únicos para establecer la muerte cerebral. Una combinación de los tres criterios, específicamente, la falta de respuesta cerebral, la apnea y el silencio electroencefalográfico combinados, eran correctos en el 99% de los casos". Insiste en que: "¡Cada vez que el EEG muestra presencia de actividad cerebral, se deben reevaluar todos los demás criterios de la muerte encefálica y deben considerarse como no concluyentes!" Como conclusión acerca del valor del EEG en la determinación de la muerte encefálica, podríamos hacer propias las siguientes afirmaciones de Goldensohn:

- "La precisión del examen EEG depende de su adecuada realización y de su adecuada interpretación".

"Hay consenso general de que cuando del EEG es plano, de acuerdo a adecuados criterios de registro, el encéfalo puede o no puede estar muerto, pero si el EEG muestra actividad eléctrica, no puede decirse que el encéfalo esté muerto".

6.- LA APNEA.

No hay duda que la mantención de la respiración depende de la integridad del centro respiratorio, que está ubicado a nivel bulbar. No ocurre lo mismo con el corazón, que tiene su propio marcapaso y cuyo funcionamiento no depende de la integridad del tronco cerebral. Es por esto que la apnea es considerada uno de los criterios centrales de la muerte encefálica. En Chile, el reglamento de la ley 18.173 (15) que en 1982 modificó el Código Sanitario - agregándole un: "Libro Noveno: Del aprovechamiento de órganos, tejidos o partes del cuerpo de un donante vivo y de la utilización de cadáveres o parte de ellos con fines científicos o terapéuticos"(16) – señala, en su artículo 12, que la muerte se acreditará, entre otros elementos, con la ausencia de respiración espontánea requiriéndose, en algunos casos especiales, practicar un "Test de la apnea", que no se preocupa de definir o describir.

El problema básico consiste en determinar cuando podemos decir que la apnea está presente, habida consideración de que la mantención en máquinas respiradoras puede mantener la respiración por largos períodos.

Más arriba señalamos que en el estudio colaborativo del NINDS se consideró como criterio de apnea la incapacidad de pasar a llevar o sobreponerse al respirador durante 15 minutos. Sin embargo, en la discusión de su trabajo se objetó esto y Allen señaló que: "Nuestros métodos para la determinación de la apnea han evolucionado, y el que se ha propuesto más recientemente ha sido el resultado de estudios en los cuales se utilizó la oxigenación para prevenir la anoxia inducida. Estas técnicas disminuyen la posibilidad de inducir un daño cerebral mayor"(17). Se refería a tests o pruebas de apnea.

En realidad, pareciera ser que el único criterio realmente válido para saber si la apnea realmente existe, como traducción de destrucción bulbar, es la desconexión del respirador, cumpliendo con ciertos requisitos técnicos. Sin embargo, la desconexión si no es acompañada de la debida oxigenación puede producir un nuevo daño neurológico o agravar el ya existente por lo cual algunos clínicos son reacios a llevarla a cabo, exigiendo, además, ciertos equipos técnicos. La CMA (Canadian Medical Association)(18), en su toma de posición sobre el problema en la que fija las directivas a seguir en la determinación del diagnóstico de muerte encefálica, establece, en su punto 4, lo siguiente: "El paciente está apneico cuando es retirado del respirador por un tiempo adecuado", que luego precisa en la forma que señalamos en el siguiente párrafo.

"Apnea. La apnea se definió originalmente como la falta de respiración cuando el paciente era desconectado del respirador por tres minutos. Esto olvidó considerar si había un nivel adecuado de PaCO₂ como para gatillar la respiración. El umbral de PaCO₂ para la estimulación respiratoria en pacientes comatosos debe elevarse a niveles tan altos como 50 a 55 mm de Hg, y muchos

pacientes en respiradores tiene niveles bajos de PaCO₂ que se elevan lentamente (ej.: 2 a 3 mm Hg/min) cuando se detiene el respirador. En los pacientes que satisfacen los otros criterios de muerte cerebral, la oxigenación apneica, que se describe más abajo, es un modo seguro de someter a prueba la actividad respiratoria.

Si la determinación de gases sanguíneos está disponible, la PaCO₂ deberá ser de 40± 5 mm Hg antes de comenzar el test de apnea. El paciente deberá ser preoxigenado (pero no hiperventilado) con 100% de oxígeno durante 10 minutos antes de la prueba. Luego se desconecta el respirador por 10 minutos mientras, para prevenir la hipoxemia, se entrega oxígeno 100% a 6 litros/min. a través de una cánula endotraqueal. Esto debería producir una alza suficiente de la PaCO₂ como para servir de estimulante respiratorio.

Si la determinación de gases sanguíneos no está disponible, se puede llevar a cabo un buen test de la hipercapnia ventilando al paciente por 10 minutos con una mezcla de 95% de oxígeno/5% de dióxido de carbono antes de los 10 minutos de oxigenación apneica. En pacientes con graves enfermedades respiratorias, es aconsejable obtener la opinión del médico especialista en enfermedades respiratorias para determinar la seguridad y la validez de este test de apnea. No se recomienda la prueba de apnea sin oxigenación pasiva. A más de su potencial de efectos deletéreos sobre el encéfalo, la hipoxemia resultante puede causar movimientos complejos de los miembros y del tronco, presumiblemente debidos a isquemia de la médula espinal, los que podrían confundirse con movimientos reflejos de origen cerebral."

Kaufman y Lynn(19) describen así la prueba de apnea:

"- Preoxigenar por al menos 10 minutos con 100% de oxígeno y ajustar al mismo tiempo el respirador de modo tal que la pCO₂ sea de cerca de 40 mm Hg.

- Desconectar el respirador y dar O₂ a razón de 8-12 litros/min. mediante cánula traqueal por al menos 10 minutos.

- Si se presenta hipotensión o arritmia durante la prueba, devolver rápidamente el paciente al respirador. Si esto ocurre, deben obtenerse pruebas de circulación cerebral o EEG o una consultoría.

- Durante la desconexión del respirador deberá observarse continuamente al paciente buscando si hay respiración espontánea. Si no la hay en absoluto en 10 minutos, extráiganse gases sanguíneos y colóquese nuevamente al paciente en el respirador. La pCO₂ debe ser superior a 60 para estar seguro de haber estimulado al máximo los centros respiratorios medulares. Si la pCO₂ es mayor que 60 y no hay esfuerzos respiratorios, el paciente está apneico.

- Obviamente, si hay un esfuerzo respiratorio, el paciente no está apneico y no está encefálicamente muerto.

- En una serie, 20% de los pacientes tuvieron movimientos reflejos no específicos durante la prueba de apnea, los que no eran significativos (20)".

Este mismo autor advierte que: "La prueba de apnea no es válida si el paciente tiene una enfermedad pulmonar crónica o una enfermedad cardíaca en las cuales la sensibilidad a la hipercapnia puede estar disminuida. Si hay una historia o evidencia de estas condiciones, deben considerarse las pruebas de circulación sanguínea cerebral o el EEG".

7.- PREÁMBULO A LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Serani (21) considera que el análisis de los problemas éticos suscitados por la determinación de la muerte puede ser llevado a cabo en diferentes niveles, que son los que pasamos a exponer:

1°.- Idea de muerte:

Está íntimamente ligada con la idea que se tenga de la vida, la cual reposa en consideraciones filosóficas y teológicas y en las cuales es dable una variación cultural. Su análisis es más propio de esas disciplinas que de la consideración biológica.

2°.- Criterios de muerte:

Nos encontramos, en primer lugar, con los criterios tradicionales fundados en el paro cardiorrespiratorio irreversible, cese de las funciones consideradas vitales. Este criterio es el que ha estado vigente en todas las culturas, desde la más remota antigüedad y tiene la ventaja de ser compatible con las distintas ideas acerca de la muerte. Su estudio y análisis es en parte tarea de los filósofos y en parte lo es de biólogos y médicos. Este criterio es el aún vigente en muchas culturas pero ha entrado a ser cuestionado a partir de 1968 con la aparición de los criterios de muerte llamados de Harvard.

En segundo lugar, tenemos los criterios de muerte fundados en la muerte encefálica y de los que hemos dado cuenta más arriba. Estos cambios en los criterios de muerte son ampliamente dependientes de la idea de muerte que se tenga. Las razones de su introducción estuvieron basadas en la necesidad de suspender las medidas extraordinarias para la mantención de la vida y en la de proveer un marco satisfactorio para la donación de órganos. En efecto, cuando se espera que se cumplan los criterios tradicionales de muerte, se corre el riesgo de que los órganos a utilizar no sean ya viables para los fines del trasplante.

3°- Pruebas verificadoras u operacionales (de los criterios):

Son las que permiten afirmar que el criterio de la muerte se ha cumplido. Es tarea médica: de los expertos médicos determinarlos y de los médicos clínicos aplicarlos.

La problemática ética debe ser analizada tanto al nivel de la determinación como al de su aplicación en el quehacer clínico.

8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS SOBRE LA MUERTE ENCEFÁLICA.

8.1.- EN RELACIÓN CON EL CONCEPTO Y CRITERIOS.

La problemática es distinta si la muerte encefálica se considera en calidad de predictora segura de la muerte a corto plazo (definida por los criterios tradicionales) o como la muerte en sí (el momento puntual en que se considera que el paciente se encuentra muerto), en reemplazo del criterio tradicional.

Se ha considerado que la muerte encefálica implica una necrosis masiva encefálica, que éste sería su correlato anátomo-patológico. Sin embargo, como bien lo señala Molinari, al comentar lo que ha sucedido con la posterior validación de los criterios a que se llegó pragmáticamente en el estudio de los 503 casos del NINDS,; "Puesto que los hallazgos patológicos no siempre confirman la muerte encefálica, aún en aquellos pacientes que cumplen con los criterios más estrictos de Harvard, (22,23) el punto final o prueba de validez de estos criterios no se ha definido bien. La predicción de un desenlace fatal no es un criterio válido acerca de la precisión de los estándares diseñados para determinar que la muerte ya ha tenido lugar."(24)

Respecto a su valor como predictor seguro de la muerte a corto plazo, esto parece ser cierto en la inmensa mayoría de los casos pero hay dudas de que pueda ser un predictor absoluto. En realidad, se relativiza en base a lo siguiente:

- La posibilidad de mantener funcionando el organismo por largos períodos de tiempo con medios especiales de apoyo. Hay un caso en la literatura de una mujer embarazada que fue mantenida 107 días, hasta que dio a luz; luego fueron suspendidos los medios artificiales, por lo que no se sabe cuanto más pudo haberse prolongado la vida (25).

- De la voluntad de poner todos los medios para prolongar la vida.

Lo señalado anteriormente debilita el fundamento de la muerte cerebral como criterio de muerte puesto que se mantiene un estado biológico vital por mucho tiempo - con medios artificiales y en forma excepcional - el que, incluso, ha dado origen a tratados de fisiopatología (26).

Si el criterio de muerte cerebral se utiliza para los efectos de la suspensión de los medios extraordinarios para la mantención de la vida, no pareciera plantear grandes problemas éticos.

Tal es así que en la Iglesia Católica el Papa Pío XII (27) en 1957, ha declarado la licitud de esto y muchos cuerpos legislativos de distintos países han hecho otro tanto (28,29,30). Después de la suspensión de estos medios, se produce la muerte por la vía natural y siguen rigiendo los mismos criterios tradicionales.

En cambio, el problema surge con especial fuerza en relación con la dación y trasplante de órganos. En efecto, la tendencia o casi la regla es no esperar que se cumplan los criterios tradicionales de la muerte sino que anticipar el momento de su determinación en base al reemplazo de éstos por los criterios de la muerte encefálica, con lo que se obtienen órganos más viables, aunque algunos de ellos pueden esperar a que se cumplan los criterios tradicionales. Los países, en sus legislaciones, han tomado distintas posturas frente a esto, las que van del total rechazo de este criterio de muerte y del trasplante de órganos (Japón 2,3 1) a su plena aceptación, como es el caso de Chile y de otros países (28,29,30).

Conceptual y valóricamente hay toda una problemática ética que gira en torno a un doble reduccionismo: reducir la vida humana a la calidad de persona y reducir la condición de persona al encéfalo.

Respecto del primer punto, el de reducir la vida humana a la condición de persona - esto es, ser dotado de conocimiento y libre albedrío - implica ignorar todo el resto de las dimensiones del ser

humano. En lo que dice relación con el cuerpo humano, es reducirlo a una cosa que de alguna manera está viva o tiene algo que se parece a la vida, la que tiene muerto su encéfalo pero que en todos los aspectos salvo en este último es igual a un ser humano plenamente vivo. También plantea el problema de la licitud de acabar con esta suerte de vida toda vez que al extraer los órganos, particularmente el corazón, ésta se acaba no por la vía natural sino que por este hecho. El otro aspecto es la reducción de la calidad de persona al encéfalo. Este es un enfoque totalmente materialista en el que se pretende explicar lo superior por lo inferior, lo que filosófica y teológicamente es más que cuestionable. En efecto, no se ve como se puede reducir lo espiritual a lo material por cuanto son fenómenos de naturaleza totalmente distinta pese a que se dan en una unión que es un misterio.

Los considerandos anteriores apuntan a que si bien ciertos grupos pueden tener una visión materialista y reduccionista del ser humano, ésta no es universalmente aceptada y, por tanto, no puede ser impuesta al resto de ellos. Además, se abren perspectivas de violación de derechos humanos básicos, como es el derecho a la vida que tienen su fundamento universal en el derecho natural, que hace que éstos sean reconocidos y respetados en culturas muy diversas. Esta es una problemática que esta Comisión no está llamada a resolver pero sí a dejarla planteada de modo tal que cada médico particular busque de resolverla en la forma más satisfactoria para una conciencia delicada e ilustrada, como debe ser la suya.

8.2.- EN RELACIÓN CON LAS PRUEBAS OPERACIONALES VERIFICATORIAS DEL CRITERIO DE MUERTE ENCEFÁLICA.

Aquí la problemática ética surge en relación con la validez y correcta interpretación de las pruebas verificatorias que hemos revisado más arriba.

No cabe duda de que el diagnóstico de muerte encefálica, para su cumplimiento, no reposa en una prueba individual sino que en un conjunto de ellas, ninguna de las cuales es por sí sólo definitiva. Sólo el conjunto de ellas permite llegar a una razonable certeza de que la muerte de ese órgano se ha producido, aunque siempre quede un margen de duda por cuanto los hallazgos anatómo-patológicos no siempre revelan la necrosis total del encéfalo.

Son puntos centrales la presencia de un coma irreversible que no responde a ningún estímulo en el cual se han descartado acuciosamente todas las etiologías susceptibles de remedio; el paciente no se encuentra en hipotermia, en estado de shock ni bajo los efectos de drogas depresoras del sistema nervioso central; hay apnea debidamente comprobada - no le parece a este Comité que sea lícito prescindir de la prueba de apnea, la que es imperativo llevar a cabo en todos los casos; hay dos electroencefalogramas - tomados con una diferencia de al menos 6 horas y en condiciones técnicas óptimas - sin elementos de actividad eléctrica cerebral; hay ausencia de reflejos de origen encefálico: a la luz, corneal-cefálicos y vestibulares, al menos. Sólo cumplidos todos estos criterios sería lícito hablar de muerte encefálica.

8.3.- APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE LA MUERTE ENCEFÁLICA.

Es obligación ética de los médicos llamados a certificar la muerte encefálica llevar a cabo todas las pruebas tendientes a determinar que los criterios de ésta se han cumplido. No es lícito prescindir de ninguno de ellos. El examen debe llevarse a cabo con la máxima acuciosidad y en condiciones de absoluta libertad, no aceptándose presiones de ningún tipo. El médico que acepte participar en esta certificación debe tener los conocimientos y la experiencia necesaria para llevar a cabo este examen.

A este respecto, es conveniente señalar que estudios llevados a cabo en el extranjero (32) como en el país (33), en que se han analizado los conocimientos y experiencia de neurólogos y neurocirujanos - que son los médicos que habitualmente deben participar en la determinación de la muerte encefálica - estos han distado mucho de la necesaria preparación y coincidencia sobre criterios que permitan actuar idóneamente en estos casos. Urge, por tanto, una adecuada preparación de ellos.

Otro aspecto importante, para asegurar la libertad de los médicos, es que los certificantes de esta condición mórbida no pertenezcan ni tengan relación ni con el grupo que va a realizar el trasplante ni con el del paciente que se va a beneficiar. Pensamos que este criterio de exclusión debe incluir a los respectivos servicios en que está el donante y el receptor.

8.4.- CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS.

Los médicos que las llevan a cabo deben tener perfecta conciencia de toda la problemática ética que plantea el cambio de criterio sobre muerte cerebral, del criterio tradicional de muerte cardiorrespiratoria irreversible al de muerte encefálica y que hemos reseñado más arriba. Queremos insistir aquí que según sea el criterio aceptado, se está en el filo de actuar sobre una persona muerta o de estar poniendo fin a sus días. Esto último sería claramente el caso si se considerara únicamente como válido el criterio tradicional. Conviene señalar que el criterio de muerte encefálica puede ser visto como un indicador de que la muerte está en proceso irreversible, lo que implica que aún el paciente no está muerto, o que ésta señala el punto o momento exacto de la muerte. Según sea la postura adoptada, en el primer caso la extracción del órgano tendría la equivalencia a un homicidio y, en el segundo caso, sería un acto absolutamente legítimo. El Comité no tiene competencia para pronunciarse sobre estas materias pero cumple con señalar la problemática existente de modo que cada cual decida en conciencia.

8.5 - CONSIDERACIONES ÉTICAS REFERIDAS AL DONANTE DE ÓRGANOS.

Aquí la problemática ética es bifronte: el problema del consentimiento informado y el de la muerte cerebral.

Respecto del consentimiento informado, éste exige un pleno conocimiento por parte de quién va a aceptar o no ser dador de órganos, de la problemática de los criterios de la muerte. Para estos efectos, debe proporcionársele una información completa y veraz, señalándose muy claramente que pese a estar establecida la muerte cerebral todavía queda cierta vida en el organismo la que no va a terminar hasta después que se cumplan los criterios tradicionales de la muerte. Además el posible dador, al momento de resolver, debe estar exento de todo tipo de presiones: morales, económicas o de otra naturaleza. Sólo así podrá haber un consentimiento válido y responsable. También hay que señalar aquí que es condición básica para el consentimiento informado el tener capacidad, ser capaz de actos responsables, imputables. A este respecto hay que considerar la situación del enfermo mental y del menor de edad en los cuales son el tutor o la familia quienes deben dar el consentimiento. Siempre quedará abierta la cuestión, particularmente en el caso del menor, si alguien puede decidir por él en materia de tanta trascendencia.

Respecto de la muerte cerebral, debe estar informado de que según sea la perspectiva que se tome respecto del momento de la muerte, la entrega de órganos en base al criterio de muerte cerebral puede, desde la perspectiva del criterio tradicional, ser considerado como un acto suicida (de anticipo voluntario de la muerte) o como un acto máximo de altruismo: dar la propia vida por los demás como un acto máximo de amor.

Sobre lo anotado en el párrafo anterior, este Comité no tiene la competencia para pronunciarse pero sí cumple con el deber de señalar la problemática.

8.6.- EN RELACIÓN CON LOS FAMILIARES DEL DONANTE.

Se da, también, la situación de que una decisión libre del donante, tomada con anterioridad a su estado de coma, pueda traer serias perturbaciones a la familia por lo que, nos parece, puede ser legítima la oposición de la familia a la donación de órganos. Esta es una cuestión éticamente abierta pero nos parece que la prudencia aconseja no ir nunca contra el parecer de la familia y que ésta siempre debiera ser consultada antes de proceder a la extracción de órganos.

8.7.- EN RELACIÓN CON EL HOSPITAL Y SU DIRECCIÓN.

Este Comité piensa que las autoridades del hospital en que se lleva a cabo la determinación de la muerte encefálica con los fines ya sea de interrumpirlos medios extraordinarios de mantención de la vida o ya sea con los de obtener órganos viables para su trasplante, no están ajenas a las obligaciones legales y éticas.

Nos parece que deben velar activamente porque se cumplan debidamente todas las disposiciones legales vigentes y porque no se violen las normas éticas.

Debe ser preocupación preferente de ellas dar a conocer dichas normas y esclarecer a sus profesionales sobre su responsabilidad moral. Deben, igualmente, velar porque éstas se cumplan y, muy en especial, porque los criterios y pruebas verificadoras de la muerte se lleven a cabo en forma rigurosa y completa. Sería conveniente que dispusieran de un protocolo estándar para estos efectos y que se mantuviera un archivo especial de ellos.

Respecto de los médicos participantes tanto en la determinación de la muerte encefálica cuanto en la extracción de los órganos, deberá asegurarse de su independencia e idoneidad, para lo cual sería de alta conveniencia que se dispusiera de un registro de profesionales a los cuales el hospital permitirá participar en estas actividades dentro del establecimiento. Pensamos que sería de gran utilidad hacer público, a todos los médicos de nuestro hospital al menos, el presente documento elaborado por este Comité de Ética.

Referencias.-

- 1.- McCarthy DeMere: Death: Defining and Determining. Personal Observations. En: Wecht, C.H. (Ed.): Legal Medicine. W.B. Saunders Cie,
- 2.- Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile: Nota Complementaria: Muerte Cerebral. Julio de 1991.
- 3.- Korein, J.: Preface. Annals New York Academy of Science. 1978:1-5
- 4.- Korein, J.: The Problem of Brain Death: Development and History. Annals New York Academy of Science. 1978:19-38.
- 5.- Allen, N.; Burkholder, J.: Clinical Criteria of Brain Death. Annals New York Academy of Science. 1978: 70- 96.
- 6.- Grenvik: En discusión de 5, p. 96.
- 7.-Bennett, D.R.: The EEG in Determination of Brain Death. Annals New York Academy of Science. 1978: 110- 119.
- 8.- Hughes, J.R.: Limitations of the EEG in Coma and Brain Death. Annals New York Academy of Science. 1978: 121- 135.
- 9.- Prior, P.: The EEG in Acute Cerebral Anoxia. Excerpta Medica. 1973. Amsterdam. Cit. por 8.
- IO.-Leenstra-Borsje, H., Boonstra, S.; Klokzui, E.J. & Notermans, L.H.: A retrospective investigation of the clinical symptoms and course of patients with complete or incomplete isoelectric EEG. Electroenceph Neurophysiol. 27:215, 1969, Cit. por 8.
- 11.- Bricolo, A.; Benati, A.; Mazza, C. & Bricolo, A.P.: Prolonged isoelectric EEG in a case of post-traumatic coma. Electroenceph. Clin. Neurophysiol. 31:174, 1971. Cit. por 8.
- 12.- Silverman, D.: electrographic recording techniques for suspected cerebral death. In Handbook of Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. R. Harner & R. Naquet, Eds., Vol. 12:122-129. Elsevir. Amsterdam. 1975. Cit. por 8.
- 13.- Vissor, S.L: Two cases of isoelectric EEGs (apparent exceptions proving the rule). electroenceph. Clin. Neurophysiol. 27:215. 1969. Cit. por 8.
- 14.- Goldensohn, E.S.: The Relationship of the EEG to the Clinical Examination in Determining Brain Death. Annals New York Academy of Science. 1978: 137-139.
- 15.- Ley N° 18.173 de 121 de septiembre de 1982 y publicada en el Diario Oficial N° 31.417 de 15 de noviembre de 1982. Chile.
- 16.- Decreto N° 240: Reglamento del Libro Noveno del Código Sanitario, 3 de junio de 1983. Publicado en Diario Oficial N° 31.376 de 3 de diciembre de 1983. Chile

- 17.- Allen, N.; Burkholder, J.: Clinical Criteria of Brain Death. *Annals New York Academy of Science*. 1978: 70-95
- 18.- A CMA POSITION: Guidelines for the Diagnosis of Brain Death. *CMAJ*, Vol. 136, January 15, 1987
- 19.- Kaufman, H.H.; Lynn, J.: Brain Death. *Neurosurgery*. Vol.: 19, N° 5, 1986
- 20.- Ropper, A K.: Unusual spontaneous movements in brain-dead patients. *Neurology (NY)* 34: 1089-1092, 1984
- 21.- Serani, A.: Comunicación personal a la Comisión de Ética
- 22.- Walker, A E., E.L. Diamond & J.L. Mosley. 1975. The neuropathology findings in irreversible coma: A critique of the "respirator brain". *J. Neuropath. Exp. Neurol.* 24:295-323
- 23.- Walter, A.E. & G.F. Molinari. 1975. Criteria of cerebral death. *Trans. Am; Neurol. Assoc.* 100:29-35
- 24.- Molinari, GF.: Review of clinical criteria of brain death. *Annals New York Academy of Science*. 1978: 62-69
- 25.- Serani, A.: Comunicación personal al Comité de Ética
- 26.- Serani, A.: Comunicación personal al Comité de Ética
- 27.- Pio XII: The Prolongation of Life (An address of Pope Pius XII to an International Congress of Anesthesiologists, Nov. 24, 1957). In *The Pope Speaks*: 393-398, Nov. 4, 1958. Cit. por 4
- 28.- Señalado en 2 y respecto de Chile en 15 y 16 y 29
- 29.- Fuenzalida-Puelma, H.L.: Trasplante de órganos. La respuesta legislativa de América Latina. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 108(5-6), 1990
- 30.- Vergara, F.; Fonck, M.L.: Revisión crítica de los criterios de muerte cerebral y situación actual en la legislación chilena. *Rev. Med. Chile* 115:477-482, 1987
- 31.- Malherbe, J.F. y Zorrilla, S.: Comunicación personal al Comité de Ética
- 32.- Younger, S.L.; Allen, M.; Battlett, E.T. et al.: Psychosocial and Ethical implications on organ retrieval. *N. Engl. J. Med.*: 313-321 -324, 1985
- 33.- Castillo, J.L.; Lavados, M.; Castillo S.; Feuerhake, W.; Vergara, F: Aspectos Clínicos y Legales de los Criterios de Muerte Cerebral: Evaluación de su Grado de Conocimiento por Neurólogos y Neurocirujanos. *Rev. Med. Chile* 119:908-912, 1991

ALGUNAS ORIENTACIONES ETICAS SOBRE LA DISTANASIA Y ADISTANASIA

Dr. Pedro Naveillan F.

1.- Introducción.-

El Comité de Etica elaboró estas pautas, debidamente fundamentadas, para permitir a los clínicos del hospital, en especial a los de los servicios de cuidados y tratamiento intensivo, orientarse éticamente en las resoluciones que pudieran tener que adoptar en relación con la mantención o suspensión de técnicas o procedimientos tendientes a mantener o prolongar la vida y que estimaran, con razones de peso, que debieran ser suspendidos.

Esta problemática no puede ser abordada sin considerarla en su relación con la eutanasia y temas afines, en particular con el llamado hoy día 'suicidio asistido'.

El siguiente trabajo es fruto de la reflexión del Comité de Ética y contiene las orientaciones que éste quiere ofrecer a nuestra comunidad clínica y académica. Dentro de estos lineamientos generales, está dispuesto a ayudar a resolver las dudas que surjan en algunos casos clínicos que sean sometidos a su consideración.

2.- Eutanasia y temas afines.-

Es conveniente delimitar, según lo hacen los moralistas y bioeticistas, los conceptos y términos de: eutanasia, distanasia, adistanasia, ortostanasia y, últimamente, suicidio asistido.

Frente a la eutanasia, Marciano Vidal¹ prefiere hablar de "situaciones eutanásicas" que son: "aquellas situaciones en las que el valor de la vida humana parece encontrarse en una condición tal de oscurecimiento u ocaso que una terapia de anticipación de la muerte aparece como una alternativa mejor". Etimológicamente, eutanasia significa "buena muerte" y proviene del griego eu thanatos - este fue su significado al menos hasta el siglo XVII - que apuntaba a una muerte sin dolores. Sólo a partir de Bacon (Mifsud²) toma la acepción de la acción del médico sobre el enfermo incluyendo el anticipar su muerte. Es ya en el siglo presente donde adquiere la significación de la muerte dulce por acción del médico en beneficio aparente del paciente, apareciendo su relación con los términos señalados en el párrafo anterior y que iremos precisando.

Seguiremos a Mifsud² para las principales definiciones y clasificaciones.

"La **eutanasia**: es la práctica que procura la muerte o, mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente a petición del mismo, de sus familiares o sencillamente, por iniciativa de una tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo.

La **distanasia** es la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya desahuciado, sin esperanzas humanas de recuperación y para ello utilizando no sólo los medios ordinarios, sino extraordinarios muy costosos en sí mismos o en relación a la situación económica del enfermo y de su familia.

Si por distanasia se entiende aquellas terapias extraordinarias de reanimación que procuran retrasar lo más posible la muerte inminente e inevitable en pacientes terminales sin esperanza alguna de recuperación, la **adistanasia** es prescindir de esta terapia dejando morir al enfermo."

En la eutanasia hay que hacer distinciones o clasificaciones siguiendo la literatura moral:

"- La **eutanasia positiva (activa)** es el acto de privar de vida a una persona humana por razones de dolor o sufrimiento.

- La **eutanasia positiva directa** es aquella en que se recurre a una acción cuyo efecto inmediato es privar de vida a una persona humana.

- La **eutanasia positiva indirecta** es aquella en que se practica una acción que tiene un efecto inmediato bueno, pero que comporta simultáneamente como efecto paralelo, divergente y no querido, la muerte de una persona humana (como la administración de medicamentos que alivian el dolor pero que también acortan la vida).

- La **eutanasia negativa (pasiva)** se refiere al mero acto de privar a un enfermo de aquellos medios médicos que podrían prolongar su vida.

- La **eutanasia voluntaria** es aquella en que la muerte procurada resulta de la petición libre y consciente del paciente.

- La **eutanasia no voluntaria** es aquella en que la muerte procurada no corresponde a una decisión del paciente sino de otras personas."

López Aspitarte³ señala que algunos autores "prefieren una división más simple, que evite las confusiones y las resonancias afectivas de todo lo relacionado con la eutanasia. Esta se reduciría a la muerte intencionada del enfermo, mientras que designarían a las otras prácticas como **ortotanasia** o **dejar morir en paz**". Hay autores que distinguen entre la adistanasia (ver más adelante) y la ortotanasia, que es una dimensión más positiva, del morir correcto.

La **distanasia** también es conocida por algunos como **encarnizamiento terapéutico**. Higuera⁴ la define de este modo: "es la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación y para ellos utilizando no sólo los medios ordinarios, sino los extraordinarios muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y su familia"; Alcalá⁵ : "Entendemos por distanasia terapéutica el conjunto de cuidados médicos que se administran a un enfermo desahuciado y en fase terminal, con el fin de retrasar lo más posible una muerte inminente e inevitable"; Ortiz-Villajos: "La distanasia consiste, esencialmente, en alejar lo más posible, y por todos los medios, el momento de la muerte del enfermo". La realidad contraria es la **adistanasia**, esto es dejar morir en paz al enfermo "sin propiciarle los medios conducentes a retrasar la muerte inminente" (Vidal¹).

A esto se ha agregado en los últimos años el llamado **suicidio asistido** que no es otra cosa que la colaboración del médico, proporcionándole los elementos necesarios, al suicidio del paciente. Se distingue de la eutanasia por cuanto es el paciente mismo quien se quita la vida. Hay autores⁷ que no ven muy clara, desde el punto de vista moral y legal, la diferencia con la adistanasia que para nosotros estriba en que en la última el médico no realiza ninguna acción positiva para quitar la vida al paciente.

Es el presente documento, las situaciones éticas que nos interesa esclarecer para señalar orientaciones al médico tratante están referidas en lo principal a la distanasia y adistanasia.

3.- Principios en juego.-

Marciano Vidal¹ analiza las exigencias éticas del morir humano

partiendo de la base de que la perspectiva metodológica que se utilice "condiciona radicalmente el planteamiento y la solución de los conflictos éticos relacionados con el morir" y así analiza diferentes perspectivas para cuyo análisis remitimos al lector al texto del autor. La suya está centrada en el **conflicto de valores** : valor de la vida humana y el valor del morir dignamente y otras realidades que puedan ser estimadas como valores. Sostiene que en estos casos hay que utilizar el principio moral de la **razón proporcionada**. Para McCormick⁸ "la categoría básica para las situaciones conflictivas es la del mal menor o la del mal evitable o inevitable, o la de la razón proporcionada" .

Vidal¹ estima que frente al **valor de la vida humana** del paciente cercano a la muerte el único valor que puede plantear un conflicto ético es el de **morir con dignidad**.*

Para él la **afirmación del valor de la vida humana** es neta y taxativa:

"- la vida humana tiene valor por ella misma; posee una inviolabilidad axiológica de carácter apriorístico.

- la vida humana no adquiere ni pierde valor ético por situarse en condiciones de aparente 'des crédito': vejez, 'inutilidad' social; etc.

- El valor de la vida humana es el apoyo fundamental y al mismo tiempo el signo privilegiado de los valores éticos y de los derechos socio-políticos de la persona.

- la vida humana - lo mismo que la persona - no puede ser instrumentalizada en relación con otros fines distintos de ella misma. Concretamente: no puede constituirse auténtico conflicto ético entre el valor de la vida humana (también la vida del paciente cercano al desenlace final) y un valor social.

- la vida humana no puede ser instrumentalizada por el mismo individuo que goza de ella. Concretamente: no puede constituirse auténtico conflicto ético entre el valor de la vida del paciente y otro bien del mismo paciente que no englobe la totalidad valorativa de la persona."

Frente a esto se alza la afirmación del valor de la "muerte digna" como un derecho de la persona (= ortostanasia = morir humanamente, derecho a la propia agonía, morir serenamente, morir a la antigua, muerte ideal, etc.). Esta más que un derecho sería una exigencia ética y se refiere no al morir sino que a la forma del morir.

Cita Vidal¹ el magisterio del Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal Alemana: "Al afrontar un problema tan fundamental es necesario, primero, mantener firme un punto: que todo hombre tiene derecho a una muerte humana. La muerte es el último acontecimiento importante de la vida, y nadie puede privar de él al hombre, sino más bien debe ayudarle en dicho momento. Esto significa, ante todo, aliviar los sufrimientos del enfermo, eventualmente incluso con el suministro de analgésicos, de forma tal que pueda superar humanamente la última fase de su vida. Ello significa que es necesario darle la mejor asistencia posible. Y ésta no consiste solamente en los cuidados médicos, sino o, sobre todo, en prestar atención a los aspectos humanos de la asistencia, a fin de crear en torno al moribundo una atmósfera de confianza y de calor humano en los que él sienta el reconocimiento y la alta consideración hacia su humana existencia. Forma parte de esta asistencia también el que al enfermo no se le deje solo en su necesidad de encontrar una respuesta al problema del origen y del fin de la vida, ya que estos son los últimos problemas religiosos que no se pueden eliminar

* La declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente (1981) establece: "e) El paciente tiene derecho a morir con dignidad"(En ⁹).

ni rechazar. En tales momentos la fe constituye una ayuda eficaz para resistir y hasta para superar el temor a la muerte, ya que da al moribundo una sólida esperanza".

Este **derecho del hombre a morir dignamente** supone, para Vidal¹, exigencias que debe realizar la sociedad, las principales de las cuales son:

"- Atención al moribundo con todos los medios que posee actualmente la ciencia médica: para aliviar el dolor y prolongar su vida humana.

- No privar al moribundo de morir en cuanto "acción personal": el morir es la suprema acción del hombre.

- Liberar a la muerte del ocultamiento a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la clandestinidad.

- Organizar un servicio hospitalario adecuado a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido conscientemente por el hombre y vivido en clave comunitaria.

- Favorecer la vivencia del misterio humano-religioso de la muerte; la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias u relieve especial.

- Pertenece al contenido del "derecho a morir humanamente" el proporcionar al moribundo todos los remedios oportunos para calmar el dolor, aunque este tipo de terapia suponga una abreviación de la vida y sume al moribundo en un estado de inconsciencia. Sin embargo, no se le puede privar al moribundo de la posibilidad de asumir su propia muerte, de hacerse la pregunta radical de su existencia, de la libertad de optar para vivir lúcidamente aunque con dolores, etc."

Mifsud² señala al respecto: "en las **situaciones distanásicas**, el afán desmesurado de prolongar la vida humana, (la vida vegetativa del organismo humano), requieren las siguientes precisiones:

- Nadie está obligado a recurrir a **tratamientos extraordinarios** para prolongar la vida de un enfermo terminal, sobre todo en una situación prácticamente desesperada.

- Existen situaciones en las que se puede **dejar morir** al paciente. La prolongación de la vida tiene un criterio claro de discernimiento en una evaluación ponderada entre la esperanza de prolongar la vida, y del sufrimiento que la vida prolongada así puede causar al paciente y a su familia. (Este "dejar morir" no tiene ninguna relación con el "hacer morir" eutanásico).

- **No hay que hacer siempre y en todas las circunstancias** el máximo por conservar la vida del enfermo, es preciso tomar en cuenta: la esperanza de vida; la voluntad del enfermo y sus familiares; las características de la terapia utilizada - posibles efectos secundarios o contraindicaciones -; el estado objetivo y subjetivo del paciente; los costos de la terapia utilizada en relación con sus probabilidades de éxito, y el estado posterior del paciente (derecho a morir con dignidad). La existencia meramente biológica no significa una vida necesariamente humana".

El Colegio Médico de Chile⁹ señala en el N° 28 del Código de Ética: "Ante la inminencia de una muerte inevitable, sin interrumpir los medios mínimos habituales para mantener la vida, es lícito al médico en conciencia, tomar la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia. Asimismo, ante la comprobación de muerte cerebral, el médico estará autorizado para suspender todo

procedimiento terapéutico." Pensamos, sin embargo, que siempre debe consultarse, de ser posible, al paciente o, en su defecto a los familiares próximos.*

López Aspirtarte³ subraya el derecho a morir al señalar: " Hay que aprender a dejar morir en paz, sin que este momento se dificulte aún más con métodos y actuaciones que no tienen ya ningún sentido terapéutico. El derecho a morir con dignidad se defiende hoy como uno más de los que el hombre puede exigir."....."el que deja de utilizar los medios que ya no son obligatorios o el que actúa para conseguir un bien y defender un valor importante, aunque se produzca un adelantamiento de la muerte, no se hace culpable de ella." Prefiere hablar hoy en día de **medios desproporcionados** a hacerlo de extraordinarios. Concluye afirmando: "En una palabra, cuando los beneficios que se pueden obtener en todos los órdenes no compensan los esfuerzos realizados, abandonarse en manos de lo inevitable, con una resignación humana o religiosa, no constituye ninguna despreocupación o indiferencia culpable, sino una gesto de madurez y sentido común".*

Conclusiones:

- Los valores en juego son el **valor de la vida humana** y el **derecho a morir con dignidad**, los que en determinadas circunstancias pueden entrar en conflicto.

- En situaciones normales debe primar el valor de la vida humana y sólo **cuando su término es inevitable** entra a primar el derecho a morir con dignidad.

- En la decisión adistanásica están envueltos el juicio médico sobre las posibilidades terapéuticas, la voluntad del paciente y, en su defecto, la de sus familiares próximos. En la decisión de suspender los medios desproporcionados para la mantención de la vida, deben conciliarse todos éstos. Pero la decisión final será siempre del médico tratante ya que es quién tiene la mayor responsabilidad en el tratamiento y es su juicio el que sostiene la inevitabilidad del morir que legitima la suspensión del tratamiento.

- Las consideraciones exclusivamente económicas nunca serán suficientes para justificar el dejar morir.

4.- Adistanasia y suicidio asistido.

Con la aparición en los Estados Unidos del suicidio asistido, han aparecido quienes pretenden homologarlo con la adistanasia. El suicidio asistido ha sido aceptado en algunos estados en el caso de pacientes terminales que no desean prolongar su vida mediante tratamiento y en estos casos se ha estimado que los médicos deben

* La Declaración de Venecia sobre enfermedad terminal (1983) establece en el punto N° 3.2: "El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente"(En ⁹)

* Finalmente hay que recordar la declaración de Sydney sobre la Muerte (1968) que estatuye en el N° 4: "Ningún criterio tecnológico es totalmente satisfactorio en el estado actual de la medicina, como tampoco ningún procedimiento tecnológico puede reemplazar el juicio general del médico"(En ⁹)

proporcionarles los medios necesarios para llevarlo a cabo. Piensan algunos⁷ que esto no establece mucha diferencia en lo que respecta al dejar morir con la suspensión de los medios desproporcionados para la mantención de la vida. No caen en cuenta de que hay una diferencia sustancial entre el permitir la muerte cuando no puede hacerse nada realmente eficaz como terapia y el ayudar a la activa autoeliminación. En un caso se trata de dejar que se complete un proceso natural y en el otro de poner término activa y artificialmente a la vida.

Es nuestra opinión de que bajo ninguna circunstancia el médico debe cooperar con el suicidio de un paciente: va contra la esencia de la medicina.

Referencias.-

- 1.- Vidal, Marciano: Moral de la Persona (Moral de Actitudes II). PS Editorial, Madrid, España, 1985.
- 2.- Mifsud, Tony: Moral de Discernimiento. tomo II: El Respeto por la Vida Humana (Bioética). C.I.D.E., Santiago de Chile, 1985.
- 3.- López Azpitarte, Eduardo: Ética y Vida (desafíos actuales). Ediciones Paulinas. Madrid, España, 1990.
- 4.- Higuera, G.: Distanasia y Moral: Experimentos con el Hombre (Santander, 1973). Cit. por 1.-
- 5.- Alcalá. Cit. por 1.-
- 6.- Ortiz-Villajos. Cit. por 1.-
- 7.- Baron, C.H. et al.: A Model State Act to Authorize and Regulate Physician-Assisted Suicide. 33 Harv. J. on Leg. 1. 1996.
- 8.- McCormick, R.: Notes on Moral Theology: 1965 through 1980. University Press of America, Washington, USA, 1981. Cit. por 2.-
- 9.- Colegio Médico de Chile: Normas y Documentos de Ética Médica. Editorial Antártica. Santiago de Chile. 1986

ASPECTOS ÉTICOS DE LA EXPERIMENTACIÓN EN SERES HUMANOS

Dr. Pedro Naveillan F.

Este trabajo ha sido analizado y corregido por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que le ha dado su aprobación y lo ha hecho suyo por reflejar su parecer

1.- Introducción.

Se ha<e necesario, para bien entender las consideraciones éticas ligadas a la investigación en base a la experimentación en seres humanos, señalar algunos aspectos relativos al hombre y a la metodología científica que sirvan de marco de referencia.

Lo primero es subrayar que el ser humano es ante todo un sujeto. Como la palabra 'sujeto' puede tener muchas significaciones o acepciones, conviene especificar el sentido en que estamos utilizando el término. En efecto, Ferrater Moraⁱ nos dice: " En toda investigación acerca del concepto de 'sujeto' debe diferenciarse así el sentido en que el término es empleado y en particular debe distinguirse entre las acepciones lógica, gnoseológica y ontológica, que pertenecen a planos distintos y que son confundidas con gran frecuencia. Acaso el empleo de las expresiones 'concepto-sujeto', 'objeto-sujeto' y 'sujeto cognoscente' podría evitar algunos de los equívocos antedichos, a los cuales se agrega la confusión, ya combatida por Kant, entre el sujeto psicológico y el sujeto trascendental."

Emplearemos el término 'sujeto' en la siguiente acepción dada por Abbagnanoⁱⁱ: "el yo, el espíritu, o la conciencia como principio determinante del mundo del conocimiento o de la acción o, por lo menos, como capacidad de iniciativa en tal mundo"...es "el concepto de 'sujeto' como capacidad autónoma de relaciones o de iniciativas, capacidad que se opone a ser simple 'objeto' o parte pasiva de tales relaciones". En cierto modo el sujeto así concebido se confunde con el ser *persona*.

No nos adentraremos en el complejo análisis de lo que es y significa ser *persona*. Bástenos decir con Vidalⁱⁱⁱ que : " Aquí nos interesa más bien señalar la importancia de la persona en la dimensión de la estructura moral. El sujeto del comportamiento moral es la persona con todas las características que hemos visto en ella. Esto nos indica que todas las categorías antropológico-morales han de partir de una orientación netamente personalista". Para la profundización de lo que es ser *persona* sugerimos consultar a Ferrater Mora¹, Abbagnano², Vidal³ y Zubiri^{iv}, entre otros.

El 'objeto' también se puede decir de muchas maneras pero lo utilizaremos en su acepción más general de cosa tomada en su significado de 'cuerpo' o sustancia corpórea' y éste como "objeto físico que posee propiedades sensibles, o que posee propiedades tales que causan en los seres humanos y, en general, en los organismos biológicos, impresiones, o estímulos, o ambas cosas. Se supone que un cuerpo tiene una determinada extensión"¹.

Señalado esto, nos parece adecuado reproducir la cita que hace Vidal^v de Von Eiff y Boeckle al tratar de la valoración moral de la experimentación humana. Dice así: " Mientras que el experimento afecta sólo a la realidad extrahumana, no plantea - al menos directamente - ningún problema ético. El problema comienza a plantearse cuando el hombre aparece como 'objeto' de las ciencias naturales. En el ámbito de la moderna medicina ello es, empero, ineludible. Más aún, podemos decir que todas las cuestiones de la ética médica tienen su raíz en último término en el hecho de que 'el objeto' tratado con el método fundamentado por las ciencias naturales se enfrenta al médico como un 'sujeto', como una persona. Existe una nueva

* Profesor Asociado de Salud Mental. Facultad de Medicina
Secretario Comisión de Ética Médica. Hospital Clínico
Universidad de Chile

conceptualización que expresa esto claramente: se habla aquí, en efecto, de 'antropocéntrica'^{vi}.

Debemos, sin embargo, hacer una observación a la cita del párrafo anterior señalando de que si bien los más exigentes resguardos éticos son y deben ser los relativos a los seres humanos, no es menos cierto que también la experimentación sobre animales se encuentra sujeta a exigencias éticas que buscan evitar toda forma de abuso con ellos y que ya han hecho igualmente su aparición consideraciones éticas en relación con la ecología y el uso experimental de la naturaleza que nos rodea.

Dicho esto, señalemos de que es este hecho de que el objeto de la experimentación en seres humanos sea no una simple cosa física o un ser vivo no personal (como es el caso de los integrantes del reino vegetal y del reino animal) es lo que obliga por excelencia a la reflexión moral. Por éste, su carácter de *persona*, es que es sujeto de derechos irrenunciables y que debe ser respetado por encima de toda consideración puramente científica. *Los derechos humanos, que son inviolables, son derechos de la persona.*

2.- Tipos de experimentación humana. -

Podemos distinguir, al igual que lo hace López Azpitarte^{vii} tres variedades básicas y que son:

a) La *auto-experimentación o experimentación sobre sí mismo*. En ella es el investigador quien se utiliza a sí mismo como objeto para someter a prueba su ideas, teorías e hipótesis.

b) La *experimentación clínica*. En ésta lo que se busca como objetivo primario es sanar, curar o mejorar al paciente aunque puede, secundariamente, contribuir grandemente al progreso del conocimiento médico y al bien de la humanidad. Su carácter terapéutico es el que hace que sea clínica.

c) La *experimentación no clínica*. Ella: "se centra, por el contrario, sobre personas sanas que no necesitan de ningún tratamiento, o sobre enfermos a los que se les añaden, además de la terapia normal y adecuada, otras técnicas para analizar los efectos y repercusiones que se derivan de esta nueva experiencia. Al revés que en el caso anterior, aquí se busca más el avance y el progreso científico, aunque sin excluir tampoco el bien del paciente si no gozara de buena salud. Esta intencionalidad primaria le hace perder su sentido clínico"⁷. Se la podría llamar también 'no terapéutica'.

Esta clasificación es una de las tantas posibles y hay quienes prefieren hablar de investigación 'terapéutica' y 'no terapéutica' ya que consideran que la clínica las abarca a todas.

3.- Algunos Pro y Contra de la Experimentación en Seres Humanos.-

Los pro o argumentos a favor guardan relación con el progreso del conocimiento científico y del arte de curar el que, en definitiva, beneficiará a toda la humanidad, subrayándose la finalidad altruista.

En realidad, la experimentación humana se ha demostrado como indispensable para estos efectos y es, además, la etapa decisiva final en la evaluación de todo medicamento antes de su aceptación como procedimiento válido y que se pueda pensar en su utilización masiva. La experimentación animal no es suficiente y lo crucial lo define la prueba en el hombre. Se justifica cuando la finalidad es el bien del hombre, en el entendido de que se deben respetar ciertas normas relativas a los riesgos y a la voluntariedad de los sujetos.

Nos señala Vidal: "Pero no bastan los experimentos sobre organismos inferiores al hombre. El paso a lo humano supone un riesgo inédito. De ahí que deba situarse la experimentación al mismo nivel de lo humano en el que van a tener su finalidad los progresos

pretendidos. «Para adquirir conocimientos aplicables a los seres humanos, a fin de cuentas, no nos queda más remedio que observar y experimentar en esos mismos seres humanos. Los experimentos en animales, la fisiología comparada y otros procedimientos preliminares son útiles y necesarios, pero no pueden reemplazar la observación y la confirmación de la respuesta humana a los nuevos métodos terapéuticos»^{viii}.

Pero cuando los argumentos o motivos son puramente pragmáticos, ya sea científicos o económicos, nos advierte López Azpitarte, pierden el peso cualitativo. "La eficacia y la rentabilidad se han convertido en los valores primordiales de una sociedad tan hipertecnificada que no vale la pena detenerse en otras consideraciones marginales, como la dignidad de la persona o las preocupaciones éticas. Lo único importante es alcanzar la conquista de ciertos objetivos, interesantes para la humanidad, aun a costa de la utilización y aprovechamiento de otras personas que, por una serie de circunstancias e imprevistos, pagan tributo para beneficio de otros miembros."⁷

En la experimentación en seres humanos debe salvaguardarse la dignidad de la persona humana y el respeto de sus derechos inalienables. No se puede transformar al hombre en un mero objeto, cosificarlo, ni manipularlo.

Insiste López Azpitarte: "Ni el saber ni el progreso científico son las metas definitivas. Y es que utilizar a la persona como se hace con cualquier cobaya no es signo de avance o desarrollo humano, por muy grandes que sean los beneficios que se consigan. Ya subrayamos en otro capítulo anterior cómo para la moralidad de la técnica se requiere no sólo una finalidad digna y humanizante, sino que es necesario también el empleo de aquellos medios que no atenten ni destruyan el valor fundamental del hombre. Las conquistas que se realicen por este camino terminarán vengándose algún día de sus propios defensores, conocer más no es suficiente, mientras no sepamos lo que pretendemos con ello y el precio a pagar por ese nuevo descubrimiento. La irracionalidad de la ciencia por la ciencia es una amenaza constante sobre nuestra sociedad actual."⁷

Otros contra a la experimentación humana nacen de aspectos que guardan relación con la metodología a emplear. En efecto, el rigor metodológico puede tratar de imponer el uso de grupos controles en los cuales no se utilicen procedimientos terapéuticos ya probados y aceptados para mejor contrastarlos con los que se pretenden evaluar; así, puede dejarse privado a un grupo de pacientes de todo tratamiento cuando existen medidas que pueden aliviar o mejorar su estado. Este procedimiento es a nuestro entender - y es el parecer de los miembros del Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, donde esto fue largamente debatido - totalmente inaceptable: no puede privarse a ningún paciente de los beneficios de tratamientos efectivos existentes con la finalidad de que sirva de control para nuevos procedimientos. Otras veces la necesidad de utilizar la metodología llamada de doble ciego con grupos controles en los que se administra una sustancia farmacológicamente inactiva - placebo - puede hacer necesario no dar información al paciente acerca de que está en el grupo control. Al respecto consideramos como deber ético del médico que al menos el paciente, al momento de solicitarle el consentimiento informado, debe ser advertido acerca de la eventualidad de no recibir más que placebo (ver Naveillan^{ix}). Pensamos que ninguna consideración metodológica puede pasar a llevar la dignidad y los derechos de la persona.

Otro aspecto importante en relación con la metodología, y que es conveniente subrayar desde ya, es el que se refiere a la calidad de la misma. Estimamos que no es lícito someter a los seres humanos al riesgo que significa la experimentación si, además de cumplir con los requisitos éticos que señalaremos más adelante, no se emplea una buena metodología en todas las etapas de la investigación. Esto implica que los Comités de Ética de las instituciones puedan y deban velar por los aspectos metodológicos de los proyectos que se sometan a su consideración.

4.- Valoración moral de la experimentación humana.-

Seguiremos, en lo esencial, en esto a Marciano Vidal⁵ quién, guiándose por el magisterio de Pío XII - sobre lo mismo se puede también leer con provecho a Mifsud^x -, nos indica lo siguiente:

a) Valores a tener en cuenta.

- Consideración del hombre como persona
- Respetar la libre disposición del sujeto sobre sí mismo (ver Naveillan⁹)
- "La dignidad de la persona y el respeto a su libre decisión han de entenderse no en contexto individualista sino dentro de una consideración comunitaria."

Al respecto cita a Zalba y Bozal quienes dicen: "en primer lugar la justificación de experimentos con el hombre sólo puede fundarse en la preocupación por el bien de este mismo hombre, y, en segundo lugar, que este hombre no debe ser entendido individualistamente, como si la experimentación con el hombre tuviera su justificación justamente en el provecho que podría derivarse de ella para este individuo. Persona, en efecto, dice más que sustancialidad individuada. **Persona** en un **concepto social**, y en su definición entra esencialmente su relación"^{xi}.

Lo señalado en el párrafo anterior acerca de la persona se basa en uno de los aspectos o características de ella que es su trascendencia, es decir, el no regirse, según Ferrater Mora¹, por los límites de su propia subjetividad. Este "trascenderse" puede ser hacia Dios, los valores, la comunidad, etc. No hay, empero, que olvidar otros de sus aspectos relacionados con la definición que de ella da Boecio^{xii}: "*Persona est naturae rationalis individua substantia* -«la persona es una sustancia individual de naturaleza racional»"¹, lo que le da un carácter *de suyo* y una incomunicabilidad. Concluye Ferrater su análisis de lo que es ser persona, en las variadas interpretaciones que se le ha dado a través de la historia, señalando: "se puede advertir una oscilación entre la insistencia en la «trascendencia» y en la «apertura», por un lado, y la insistencia en la «autenticidad» y el «ser sí mismo», por el otro"¹.

Dicho esto, cabe señalar que la consideración que hacen Zalba y Bozal abre el paso a la obligación que pudiera haber de no negarse al experimento cuando está de por medio el bien de la humanidad, tema de difícil análisis y peligroso si el Estado o alguna autoridad se arrojan el derecho de imponer la experimentación. De haber una obligación moral, ésta sólo puede darse en el más irrestricto respeto a la libertad de la persona.

b) Aplicación de ellos.-

- En la *experimentación terapéutica* :

"- no causar daño al paciente, ya que ésta es la ley suprema de toda terapia: bien privándole de los medicamentos seguros para experimentar otro medicamento; bien, exponiéndole a efectos secundarios no deseados;

- que sea otorgado el libre consentimiento por la persona objeto del experimento."⁵

- En la *experimentación no-terapéutica* :

"Sólo pueden ser aceptados con las siguientes garantías:

- consentimiento libremente dado por el sujeto;

- no puede exponerse el valor de la vida o de la integridad psico-somática;

- ha de existir proporción entre el posible daño producido por el experimento y el bien que se pretende;

- posibilidad de interrumpir el experimento cuando el sujeto voluntario lo solicite;
- de la operación experimental ha de excluirse toda circunstancia de carácter inmoral u ofensiva a la dignidad del sujeto voluntario."⁵
- " No se puede someter a experimentación la vida humana. Por este motivo es necesario descartar como inmorales las experiencias indiscriminadas en la fecundación humana «in vitro»"⁵

c) Otras opiniones.-

En nuestro medio, Roa nos dice:

"La experimentación en seres humanos sanos o enfermos sólo es permisible si el investigador es idóneo, si el fármaco o la técnica por usar se ha probado ya suficientemente en animales su eficacia y su carencia de repercusiones adversas. Es permisible también si hay razones científicas para pensar que sería útil en el hombre y aun mejor que lo actualmente usado, y sobre todo, previo consentimiento informado de los candidatos o sus representantes legales - en el caso de niños o enfermos mentales - con derecho a retirarse de la experiencia cuando sientan un malestar, una aprehensión, o cuando quieran. Cualquier efecto pernicioso observado por los investigadores obliga a suspender de inmediato la experiencia. Igual ocurre en el caso de enfermos, si la mejoría es lenta en relación con la que ya obtienen otros con fármacos actualmente en boga, pues no hay ningún derecho a prolongar sufrimientos."^{xiii}

López Azpitarte, al referirse a la experimentación clínica, dice:

" En este último caso no es lícito privar al paciente de las técnicas ya probadas y eficaces, cuyo abandono supondría un empeoramiento de su situación actual. Cambiar el tratamiento que le resulta positivo por otro aún desconocido e incierto equivale a negar el principio anterior, pues no se tendría en cuenta el derecho de cualquier enfermo a que se intente, con una terapia adecuada, su mejora o curación*. La posibilidad de un éxito y los beneficios para el futuro, aunque cercanos y prometedores, no pueden hipotecar este derecho prioritario. El olvido de semejante obligación indicaría que, en esta hipótesis, la persona se ha subordinado al servicio de otros intereses, reduciéndola a ser un simple instrumento de experimentación utilitaria. Nadie se atreverá a dudar de la importancia y objetividad de este presupuesto, que nace del sentido común. Lo que acontece a veces es que con el adjetivo de terapéutica se encubren experiencias que no entrarían dentro de una finalidad clínica."⁷

* "El ensayo de nuevos tratamiento, y particularmente el método de doble ciego, no puede, deliberadamente, privar al enfermo de una terapéutica válida"^{xiv}

El mismo López Azpitarte recoge, al referirse a la auto-experimentación, el siguiente criterio práctico:

"Él no debe someterse a lo que, por falta de fiabilidad científica, no haría con otros seres humanos. Lógicamente, este principio es más válido - por su frecuencia práctica - invirtiendo los términos, es decir, no experimentar en los demás lo que no haría uno consigo mismo o con sus seres queridos"^{xv}.

5.- Códigos de Ética Médica relativos a la experimentación en seres humanos.-

Reproducimos a continuación la lista que de ellos da Mifsud¹⁰:

- El Código de Nüremberg (1946)
- Responsabilidad en las Investigaciones realizadas en Sujetos Humanos (Asociación Médica Británica, 1963)
- Investigación Experimental realizada en Seres Humanos (Asociación Médica Británica, 1963)
- Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964. revisada 1975)
- Directrices Éticas para la Investigación Clínica (Asociación Médica Americana, 1966)
- Directrices para la Investigación Experimental en el Hombre (Academia Suiza de Ciencias Médicas, 1970)
- Directrices sobre la Experimentación Humana en los Estados Unidos(1971)"

El Código de Nüremberg puede ser consultado tanto en los "Textos de Ética Médica"^{xvi} editados por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile como en las "Normas y Documentos de Ética Médica"^{xvii} recopilados por el Colegio Médico de Chile.

Reproducimos a continuación la Declaración de Helsinki que fuera adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 1964; revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, 1975; y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, 1983, y en la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong-Kong 1989; en la versión que nos entrega la Oficina Sanitaria Panamericana^{xviii}:

Declaración de Helsinki: Recomendaciones para Guiar a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos

Introducción.

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y en el Código Internacional de Ética Médica se declara que: "El Médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquel".

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de las enfermedades.

En la práctica actual de la medicina, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos involucran riesgos: esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa sobre las investigaciones que, en último término, deben incluir la experimentación sobre seres humanos.

En el campo de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para un paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y que no tiene valor diagnóstico o terapéutico directo para la persona sujeta a la investigación.

Durante la investigación debe darse especial atención a factores que puedan afectar el ambiente. Debe respetarse al bienestar de los animales utilizados en la experimentación.

Como para ampliar el conocimiento científico y aliviar el sufrimiento de la humanidad es esencial que los resultados de experimentos de laboratorio se apliquen a sujetos humanos, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones como guía para los médicos dedicados a la investigación biomédica en seres humanos. Estas recomendaciones se reconsiderarán en el futuro. Debe subrayarse que las normas aquí descritas son sólo una guía para los médicos de todo el mundo. Los médicos no están exentos de las responsabilidades penales, civiles y éticas bajo la ley de sus propios países.

I.- Principios básicos

- 1.- La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos de laboratorio y en animales, bien realizados, así como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
- 2.- El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental que se remitirá para consideración, comentarios y asesoramiento a un comité independiente del investigador y de la entidad patrocinadora, con la condición que dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en que se lleve a cabo el experimento.
- 3.- La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente. La responsabilidad respecto al sujeto humano debe siempre recaer sobre

una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque haya otorgado su consentimiento.

- 4.- La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia de su objetivo esté en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.
- 5.- Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido por una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- 6.- Siempre debe respetarse el derecho a la integridad del ser humano sujeto a la investigación y deben adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad del individuo y reducir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
- 7.- Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos cuando los riesgos inherentes a la investigación sean imprevisibles. Igualmente deberán interrumpir cualquier experimento cuando se compruebe que los riesgos son mayores que los posibles beneficios.
- 8.- Al publicar los resultados de su investigación, el médico tiene la obligación de respetar su exactitud. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
- 9.- Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por información adecuada a cada participante potencial de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Cada una de estas personas debe ser informada de que tiene libertad para no participar en el experimento y para anular en cualquier momento su consentimiento. Sólo entonces deberá ser solicitado por el médico el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito.
- 10.- Al obtener el consentimiento informado del individuo para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cauto respecto a que esa persona se halle en una situación de dependencia hacia él o dé el consentimiento bajo coacción. En tal caso deberá obtener el consentimiento otro médico que no esté implicado en la investigación y que sea completamente ajeno a la relación oficial.
- 11.- El consentimiento informado debe darlo el tutor legal en caso de incapacidad jurídica, o un pariente responsable en caso de incapacidad física o mental o cuando el individuo es menor de edad, según las disposiciones legales nacionales en cada caso. Cuando el menor puede en efecto dar su consentimiento, habrá que obtener éste además del consentimiento del tutor legal.
- 12.- El protocolo de la investigación debe contener siempre una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta Declaración.

II.- Investigación médica asociada a la atención profesional (Investigación Clínica)

- 1.- Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe tener libertad para utilizar un nuevo método diagnóstico y terapéutico si en su opinión da esperanzas de salvar la vida, restablecer la salud o mitigar el sufrimiento.

- 2.- Los posibles beneficios, riesgos e incomodidades de un nuevo método deben ser evaluados en relación con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
- 3.- En cualquier investigación médica, cada paciente - incluidos los del grupo testigo, si lo hay - debe contar con los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
- 4.- La negativa de un paciente a participar en una investigación no debe interferir jamás en la relación médico-paciente.
- 5.- Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado deberá expresar las razones específicas para este propósito en el protocolo que se transmitirá al comité independiente (Ver I.2)
- 6.- El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica a fin de alcanzar nuevos conocimientos médicos, pero sólo en la medida que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

III.- Investigación biomédica no terapéutica en seres humanos (investigación biomédica no clínica)

- 1.- En la aplicación puramente científica de la investigación médica en seres humanos, el deber del médico es seguir siendo el protector de la vida y la salud del individuo sujeto a la investigación biomédica.
- 2.- Los individuos deben ser voluntarios en buena salud o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.
- 3.- El investigador o el equipo de investigadores debe interrumpir la investigación si piensa que, de continuarla, pueda ser perjudicial para el individuo.
- 4.- En la investigación en seres humanos, los intereses de la ciencia y de la sociedad no pueden anteponerse al bienestar del individuo.

6.- Palabras finales.

En este ensayo hemos tratado de dar lineamientos generales que orienten al profesional de la salud en la conducción de sus experimentos preservando los valores éticos.

Se trata de ayudarlos a formar la propia conciencia ética pero es indudable que aquí sólo proporcionamos un bosquejo de la situación, el que debe ser debidamente profundizado. La bibliografía que citamos puede contribuir a ello.

Otro aspecto a señalar es que debe considerarse complementario de nuestro trabajo: "Participación en Investigaciones y Ensayos Clínicos: Aspectos Éticos y Consentimiento Informado"⁹ en el que abordamos sólo un aspecto de la problemática ética de la investigación biomédica.

Referencias.

- i.- Ferrater Mora, José: Diccionario de Filosofía. Alianza Editorial, S.A.. Madrid, España, 1986
- 2.- Abbagnano, Nicola: Diccionario de Filosofía. Fondo de Cultura Económica. Méjico, 1963

-
- 3.- Vidal, Marciano: Moral de Actitudes (Moral Fundamental-I), Quinta Edición . PS Editorial. Madrid, España, 1981
 - 4.- Zubiri, Xavier:
 - Inteligencia Sentiente. Inteligencia y Realidad. Alianza Editorial. Madrid, 1984.
 - Sobre el Hombre. Alianza Editorial . Madrid, 1986
 - 5.- Vidal, Marciano: Moral de la Persona (Moral de Actitudes-II). Quinta Edición. PS Editorial. Madrid, España, 1985
 - 6.- Von Eiff, A.W.; Boeckle, F. : El experimento en la investigación clínica: Concilium 65 (1971), 245
 - 7.- López Azpitarte, Eduardo: Ética y Vida: desafíos actuales. Ediciones Paulinas. Madrid, España, 1990
 - 8.- Weber, H. R. : Experimentos con el hombre. Santander, España, 1973. Cit. por 5
 - 9.- Naveillan, Pedro: Participación en Investigaciones y Ensayos Clínicos: Aspectos Éticos y Consentimiento Informado. Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, vol 3-4, 1992 y en este libro
 - 10.- Mifsud, Tony: Moral de Discernimiento. Tomo II: El respeto por la vida humana (Bioética) . Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE). Santiago de Chile, 1985
 - 11.- Zalba, M.; Bozal, J.: El magisterio eclesiástico y la medicina. Madrid, 1955. Cit. por 5
 - 12.- Boecio, cit. por 1
 - 13.- Roa, Armando: Investigación científica biomédica: fundamentos éticos y antropológicos. En Lavados, M.; Monge, J.I. y cols.: Problemas contemporáneos en Bioética. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 1990
 - 14.- Castillo Pérez, P: Aspectos éticos de la investigación de fármacos en seres humanos, en "RevCliEsp" 179 (1986) 42-49; B Schneider, El valor médico de los medicamentos innovativos y no-innovativos, en "DolHom" 4 (1987) 27-33. Citados en 7
 - 15.- Ruiz-Mateos, A.M.: El "ethos" médico ante la experimentación de seres humanos, en Moralia 5 (1983). Citado por 7
 - 16.- Facultad de Medicina, Santiago Norte, Universidad de Chile: Textos de Ética Médica, 2ª Edición. Edit. Andrés Bello. Santiago de Chile, 1980
 - 17.- Colegio Médico de Chile (A.G.): Normas y Documentos, Ética Médica. Editorial Antártica S.A.. Santiago de Chile, 1986
 - 18.- Oficina Sanitaria Panamericana: Bioética. Bol. Of. Sanit. Panam. 108 (5-6), 1990

PARTICIPACION EN INVESTIGACIONES Y ENSAYOS CLINICOS: ASPECTOS ETICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dr. Pedro Naveillan F.

Nota Preliminar.

Este documento ha sido encomendado por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, es fruto de las discusiones sostenidas en su seno en las que participaron como invitados, a más de sus miembros titulares, la Sra. Ana Escríbar, Profesora de Filosofía de la Universidad Católica, y el Dr. Jaime Pérez Olea, Profesor de Medicina de la Universidad de Chile

El Comité de Ética lo analizó y lo ha hecho suyo.

1. - Introducción.-

Las situaciones clínicas habituales en las que se somete a pacientes a diversos estudios diagnósticos, a ínter consultas, a presentaciones a reuniones clínicas, a tratamientos variados, plantean la problemática de decidir cuanto se debe informar al paciente y qué grado de participación debe reconocérsele en la toma de decisiones.

Frente a esto hay posturas de tipo paternalista en las cuales el médico asume todas las decisiones y comunica al paciente y/o familiares sólo lo que estima pertinente. Justifican esto sobre la base de variadas razones tales como que el médico sabe, por su ciencia, lo que es más conveniente para el paciente en su enfermedad; que el nivel intelectual o cultural del paciente no le va a permitir entender lo que se le comunica o decidir adecuadamente lo que le es más beneficioso; que no es conveniente exponer al paciente al stress que le significaría conocer acerca de su condición o decidir acertadamente los caminos o procedimientos a seguir; que los pacientes suelen pedirle que por ser el médico el que sabe, que él decida lo que es mejor, etc.

Otros prefieren la actitud de informar en plenitud al paciente, de acuerdo a sus capacidades o estado, o a sus familiares, en un lenguaje claro y accesible para el nivel cultural que éste tenga y obtener su consentimiento para lo que haya que hacer. Lo fundamentan en un respeto a la persona humana y a su libertad para decidir responsablemente.

Se añade a las consideraciones anteriores toda la problemática de los procesos legales en que se persigue la responsabilidad civil y criminal de los médicos, equipos de salud, clínicas y hospitales. Se busca como medida de protección el hacer firmar a los pacientes declaraciones en que reconozcan el haber sido informados adecuadamente de los procedimientos a usar y de los riesgos que entrañan con los cuales están de acuerdo y aceptan. Si bien es un procedimiento de cautela legal, no es claro que libere, en nuestro medio chileno, de las responsabilidades en que se incurra, máxime si hay negligencia o si los procedimientos no están de acuerdo con los estándares habituales profesionales.

Respecto de la presentación de casos a reuniones clínicas, hay antecedentes en códigos de ética médica¹ acerca de la obligación de pedir el consentimiento del paciente antes de ser presentado, lo que habitualmente no se hace en nuestro medio.

Por otra parte, en toda la investigación en que participan seres humanos debiera darse una información plena a los participantes, ya sean casos o controles, y obtener su consentimiento libre antes de incluirlos en los procedimientos sobre los que versa el estudio o investigación. Esta debiera ser escrita. La mayoría de las instituciones que otorgan respaldo a las investigaciones exigen hoy en día que haya un protocolo de consentimiento informado incorporado al diseño de la investigación. Esta práctica se ha extendido en la actualidad a nuestro Hospital Clínico de la Universidad de Chile y es así como se está solicitando a la Comisión de Ética del mismo la evaluación ética de todo proyecto de investigación a llevarse a cabo en nuestro establecimiento y ésta exige, entre otros, la garantía del consentimiento informado.

Llevada por todas las anteriores consideraciones, la Comisión de Ética quiere hacer presente a la comunidad académica de nuestro hospital qué es lo que entiende por consentimiento informado y cuales son las exigencias que en esta materia plantea a todos los investigadores que quieren llevar a cabo investigaciones en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

2. - El consentimiento informado.-

Es del parecer del Comité que la temática del consentimiento informado se inscribe en el marco del respeto a la libertad de las personas. Lo que se desea en éste es que el paciente decida acerca de los procedimientos o actos médicos a los que será sometido en un acto libre. Esto nos lleva a la consideración de lo que es el acto libre.

2.1. Los actos del hombre.-

Para una mejor comprensión de la temática nos permitimos reproducir algunos párrafos de Royo Marínⁱⁱ sobre la materia, que es el autor que a nuestro parecer, entre los que hemos consultado, es el que con mayor claridad los expone:

"1. **Definición del acto humano.** Acto humano es el que procede de la voluntad deliberada del hombre.

Para cuya inteligencia es de saber que no todos los actos que realiza el hombre son humanos. Algunos son simplemente *naturales*; otros son *del hombre*; otros, *violentos*, y otros, finalmente, *humanos*. Y así:

a) ACTOS MERAMENTE NATURALES son los que proceden de las potencias vegetativas y sensitivas, sobre las cuales el hombre no tiene control voluntario alguno y son enteramente comunes con los animales; Vg., la nutrición, digestión, circulación de la sangre, sentir dolor o placer, etc.

b) ACTOS DEL HOMBRE son los que proceden del hombre *sin ninguna deliberación o voluntariedad*, ya sea porque está habitualmente destituido de razón (locos, idiotas, niños pequeños), o en el momento de realizar el acto (dormidos, hipnotizados, embriagados, delirantes o plenamente distraídos). Todos estos actos no afectan a la moralidad ni son *de suyo* imputables al agente; pero pueden serlo en su causa, como veremos más adelante.

c) ACTOS VIOLENTOS son los que el hombre realiza por la coacción exterior de un agente que le obliga a ejecutarlos contra su voluntad interna.

d) ACTOS HUMANOS son aquellos que el hombre realiza con plena advertencia y deliberación, o sea usando de sus facultades específicamente *racionales*. Solamente entonces obra el hombre en cuanto tal, es dueño de sus actos y plenamente responsable de ellos.

2. **Sus diferentes nombres.** Es muy variada la terminología relativa a los actos humanos, según el aspecto en que se los considere. Y así se llaman:

a) ACTOS HUMANOS, en cuanto producidos por el hombre con pleno dominio y deliberación, o sea racionalmente.

b) ACTOS LIBRES, en cuanto procedentes de la libertad humana

c) ACTOS VOLUNTARIOS, en cuanto que el hombre los realiza voluntariamente y a sabiendas.

d) ACTOS MORALES, en cuanto se ajustan o no a las reglas de la moralidad.

e) ACTOS IMPUTABLES, en cuanto producidos libre y voluntariamente por el hombre, que adquiere por lo mismo la responsabilidad de ello en orden al premio o al castigo. "

Hace el autor otras divisiones y consideraciones sobre los actos humanos que no es del caso tratar aquí. Pero sí lo que conviene retener es que todo acto humano consta de tres elementos principales y que son: el *cognoscitivo*, el *volitivo* y el *ejecutivo*.

Según Royo Marín, el elemento cognoscitivo, el *conocimiento*, tiene como principal elemento la *advertencia*, que es "*el acto por el cual el entendimiento percibe la obra que se va a realizar o se está realizando*" y cuya forma más perfecta es la atención que Balmesⁱⁱⁱ define como "la aplicación de la mente a un objeto", la que puede tener diversos grados.

Como vimos más arriba, la plena advertencia - esto es, para Royo Marín, la que advierta la acción con toda perfección - o conocimiento es central en el acto humano.

El elemento volitivo, para el mismo autor, es "el influjo que ejerce la voluntad en el acto humano" y es el más decisivo en la determinación de la moralidad del mismo. Se califica el acto así determinado como voluntario y cuya definición clásica es: "*el que procede de un principio intrínseco con conocimiento del fin* ", refiriéndose lo de principio intrínseco al brotar del propio

agente de la acción sin participación de violencia externa. Para que el acto voluntario sea libre - aunque algunos autores consideran que todo acto voluntario es libre - se requiere se requiere que el agente goce de libertad, esto es, *de la facultad de obrar o no obrar o de elegir una cosa con preferencia a otras* (Royo Marín).

En relación con la libertad, hay que distinguir la libertad de ejercicio - facultad de obrar o dejar de obrar -, la de especificación - de elegir entre los distintos bienes específicos, sin estar determinado por uno de ellos -, la de contrariedad entre el bien y el mal - esta no se requiere en el acto libre porque la capacidad física de hacer el mal no significa aumento de la libertad sino que es una imperfección y defecto de la misma - y la de coacción; la libertad de ejercicio es una libertad intrínseca.

Por otro lado, conviene señalar algunos elementos centrales en la esencia de la libertad y que son;

a) Está en el pleno dominio de la voluntad sobre su acto de elección.

b) Para el pleno dominio de la voluntad sobre su acto de elección se requiere la libertad de coacción extrínseca y de necesidad intrínseca, tanto de ejercicio como de especificación entre los distintos bienes particulares, pero de ningún modo libertad de contrariedad entre el bien y el mal.

El elemento ejecutivo " es el que corresponde a las potencias ejecutivas (Vg., la realización de un acto externo a impulsos de la libertad interna). En realidad supone el acto humano ya constituido *esencialmente* por la advertencia del entendimiento y el consentimiento de la voluntad; pero le añade un complemento *accidental* que, además de intensificar el acto interno, puede afectar a una ley penal (v.gr., una excomunión de la Iglesia), de la que está exento el acto puramente interior." (Royo Marín).

2.2. El consentimiento y el disentimiento.

El Diccionario de la Lengua Española^{iv} define el consentimiento así: "Acción y efecto de consentir" y "Conformidad de voluntades entre los contratantes, o sea, entre la oferta y su aceptación, que es el principal requisito de los contratos... "; y consentir, en su principal acepción como: "Permitir una cosa o condescender en que se haga".

Disentir se define como: "No ajustarse al sentir o parecer de otro, opinar de modo distinto" y disentimiento: "Acción y efecto de disentir".

De las anteriores definiciones se desprende que ambos términos son contradictorios y apuntan a una posición distinta y que de alguna manera se requieren mutuamente ya que el disentir es un no consentir y viceversa. Señalamos esto por cuanto cuando se busca el consentimiento sobre una materia hay que estar siempre abierto al disentimiento del otro, a su opinión discrepante, la que hay que respetar. Y en esto consiste el respeto de la libertad del otro, que pueda discrepar en sus opiniones y acciones.

Tanto el consentir como el disentir se apoyan en la libertad y su respeto.

Requisito para que haya un auténtico consentir (o disentir) es que cada parte tenga una información plena de modo tal que se pueda llegar a una posición con fundamento racional.

2.3. La información.

El antes citado diccionario define, en su primera acepción, la información como: "Acción o efecto de informar o informarse" e informar como: " Enterar, dar noticia de una cosa" y " Formar, perfeccionar a uno por medio de la instrucción y buena crianza".

La información, para ser útil, debe ser completa, verdadera y al alcance de la comprensión de la persona a la cual va destinada. Una información incompleta puede dejar de ser veraz, distorsionando la verdad. Es así como, por ejemplo, en los tribunales anglosajones se hace jurar a los testigos decir la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad con la finalidad de evitar su distorsión o falsificación. Otro tanto se aplica necesariamente a la información que debe proporcionarse a los pacientes en la que basen su consentimiento para participar en investigación o aceptar tratamientos.

Una información no proporcionada en el lenguaje adecuado al nivel cultural de la persona a la que va dirigida puede no ser una información válida y suficiente toda vez que puede no ser comprendida por el destinatario.

La información que se proporcione debe ser la suficiente para servir de base a la libertad de optar de la persona. Cuando es insuficiente, de alguna manera se está coartando la libertad del paciente, se están violando unos derechos universalmente consagrados del mismo: a estar debidamente informado y a gozar de libertad de opción, los que son centrales a la condición de persona.

Dentro de la suficiencia de la información entra el informar, en el caso de los ensayos clínicos, de aspectos de la metodología de la investigación y, muy en particular, de la eventualidad de recibir un placebo.

2.3. Consentimiento informado.-

El consentimiento informado es el que nace del ejercicio pleno de la libertad por parte, en nuestro caso, del paciente. Los requisitos para que se dé en plenitud son los señalados en los dos puntos anteriores.

Creemos, sin embargo, que es conveniente ahondar en algunos puntos del mismo para lo cual nos valdremos de algunas citas:

En el Informe Belmont^v se señala que: " El respeto por las personas requiere que a los sujetos, en el grado en que son capaces, se les dé la oportunidad de escoger qué les y que no les ocurrirá. Se da esta oportunidad cuando se satisfacen adecuados estándares de consentimiento informado" y se analizan tres elementos fundamentales en éste: la información, la comprensión y la voluntariedad.

Janofsky y col.^{vi} sostienen que: " Los pacientes adultos tienen el derecho de decidir acerca de si seguirán un tratamiento médico. En los últimos 30 años la doctrina del consentimiento informado ha establecido que los pacientes deben entender la descripción de los propósitos del tratamiento y estar conscientes de sus riesgos, beneficios y alternativas. Para ser válido, el consentimiento informado debe ser voluntario, y los pacientes deben ser capaces de comprender la discusión del tratamiento y el derecho al consentimiento informado".

Los mismos autores señalan la conveniencia de poner la información y el consentimiento por escrito. En su trabajo de evaluación de la Prueba de Hopkins de Evaluación de la Competencia⁴ se preocupan de leer en alta voz el respectivo formulario a la vez que es leído por el paciente; además, de proporcionar versiones diferentes del mismo según sea el nivel educacional del sujeto de modo de asegurar su total comprensión. En la Tabla 1 damos la traducción de las 3 versiones del mismo que figuran en la tabla del mismo número de su investigación.

Tabla 1
Ensayos a tres niveles de comprensión de la lectura presentados a los pacientes como parte de la Prueba de Hopkins de Evaluación de la Competencia.

| Treceavo grado | Octavo grado | Sexto grado |
|----------------|--------------|-------------|
|----------------|--------------|-------------|

Antes de ser sometido a un procedimiento médico el paciente debe ser informado acerca del procedimiento. El paciente debe comprender en qué consiste el procedimiento, los riesgos y beneficios del mismo y las alternativas al procedimiento. Después de informarse acerca del procedimiento, el paciente tiene la opción de seguirlo o no.

Antes que el paciente sea sometido a un procedimiento médico, debe ser informado por el doctor acerca del procedimiento. El paciente debe saber en qué consiste el procedimiento y qué puede salir mal. El paciente debería también saber cuales son las cosas buenas que pueden ocurrir como resultado del procedimiento y que otras cosas pueden hacerse en vez del procedimiento. Después que el paciente se informe con su médico acerca del procedimiento, puede decidir si aceptará o no que el procedimiento se lleve a cabo.

Antes de que el médico pueda hacer algo a su paciente debe decir al paciente lo que va a hacerle. El paciente debe saber lo que el médico va a hacer, qué puede salir mal, qué puede resultar y qué otras cosas podría hacer el médico en vez. Después que el médico informe al paciente estas cosas, el paciente podrá aceptar que el doctor proceda. O el paciente puede decir al médico de no continuar.

Los pacientes con enfermedades crónicas pueden perder la capacidad de comprender la información necesaria para tomar decisiones responsables acerca del cuidado de la propia salud. Cuando esto ocurra, no estarán en condiciones de consentir al tratamiento médico y este poder deberá ser entonces delegado en otra persona.

Los pacientes que están enfermos por mucho tiempo pueden no ser capaces de comprender lo que el doctor les dice acerca de lo que podría ser necesario hacer. Cuando esto ocurre, algunos pacientes no son capaces de dar permiso a sus médicos para que los sometan a algunas pruebas o procedimientos. Entonces otra persona tendrá que tomar la decisión por ellos.

Algunos pacientes han estado enfermos durante mucho tiempo. Después de algún tiempo su pensamiento puede no ser tan bueno. En ese momento el paciente podría no ser capaz de pensar lo suficientemente bien como para comprender lo que su médico le dice. Cuando esto ocurra, no estará en condiciones de hacer saber a su doctor lo que desea que su doctor haga.

Los pacientes pueden dejar instrucciones legales formales en relación con lo que quisieran que se les hiciera en situaciones médicas específicas y sobre quién les gustaría que tomara tales decisiones en el caso que ellos fueran incapaces de tomarlas ellos mismos. Se llama a estas instrucciones poder judicial duradero.

Hay dos cosas que tales pacientes pueden hacer. La primera es que el paciente puede indicar a su doctor quién él desea que tome las decisiones por él cuando esté incapacitado de hacerlo. La segunda es que el paciente puede decir directamente a su doctor lo que desea que se haga si él se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo. Estas instrucciones se llaman poder judicial duradero.

Los pacientes que están bien pueden decir a su doctor qué es lo que desean que éste haga. Estos pacientes pueden también decir a su doctor con qué persona les gustaría que su médico hablara cuando el paciente no se encuentre en condiciones de hacer saber a su médico lo que desea que se le haga. Es necesario que estas cosas se dejen por escrito. Se llama a este documento poder judicial duradero.

Tabla 1 (Continuación)

Ensayos a tres niveles de comprensión de la lectura presentados a los pacientes como parte de la Prueba de Hopkins de Evaluación de la Competencia.

| Treceavo grado | Octavo grado | Sexto grado |
|--|--|---|
| El poder judicial duradero permite al paciente designar quien tomará las decisiones por él y qué limitaciones, si hay alguna, se le ponen a la autoridad que las tomará. | El poder judicial duradero permite al paciente decidir quien tomará las decisiones médicas por él cuando esté incapacitado. También permite al paciente decidir lo que el paciente quiere que se le haga si se encuentra incapacitado para tomar decisiones. | El poder judicial duradero permite al paciente decir quién dirá al médico qué hacer si el paciente no puede hacerlo por sí mismo. Este poder permite al paciente decir ahora lo que desea y lo que no desea que se le haga si se enferma. |

Lo que se persigue es que la información sea completa y comprendida por el paciente que ha de tomar su resolución fundado en ella. Esto apunta a que hay que hacer todos los esfuerzos necesarios para hacer la información lo más clara posible y entregarla en un lenguaje que sea el que comprende el destinatario. Obliga a conocer los modos expresivos de las diferentes clases sociales que componen la sociedad en la que se ejerce el quehacer médico y la investigación y adaptarse a ellos.

Otro aspecto importante a retener es que la información ha de ser completa no callando ningún elemento por temor a que fundado en él el paciente rehúse participar. Han de señalarse todos los elementos positivos y negativos de los procedimientos que se llevarán a cabo.

Un caso especial lo plantea la utilización del *placebo* y la información a proporcionar en el caso de su utilización. A este respecto es conveniente citar en primer lugar la opinión del Informe Belmont³, la que es algo contradictoria con la posición de esta Comisión:

"Surge un problema especial cuando el informar a los sujetos sobre algunos aspectos pertinentes de la investigación pudiera afectar la validez de la investigación. En muchos casos es suficiente indicar a los sujetos que están siendo invitados a participar en una investigación en la cual no les serán revelados algunos aspectos hasta que la investigación concluya. En todo los casos en que haya una información incompleta, la investigación se justificará solamente si queda en claro que (1) la información incompleta es realmente necesaria para alcanzar las metas de la investigación, (2) no hay riesgos para el sujeto no revelados que sean mayores que mínimos, y (3) hay un plan adecuado para informar al sujeto cuando sea apropiado y para informales acerca de los resultados de la investigación. La información acerca de los riesgos no debiera ser retenida con el propósito de obtener la cooperación de los sujetos y siempre deberían darse respuestas verdaderas a las preguntas directas acerca de la investigación. Se debiera cuidar de distinguir los casos en los cuales la revelación destruiría o invalidaría la investigación de aquellos en los cuales la revelación simplemente incomodaría al investigador."

Este tema fue largamente debatido por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile^{vii}. Se consideró que la utilización del placebo sólo es lícita cuando no hay posibilidad de que se agrave el paciente por no proporcionarse el tratamiento adecuado o si no existen medicamentos o tratamientos eficaces. Que la utilización de placebos abre las peligrosas puertas de transformar al paciente en un objeto, en un conejillo de Indias. Sus miembros fueron unánimes en señalar que los pacientes deben ser informados de la eventualidad que tienen de recibir placebo y no un compuesto farmacológicamente activo y en considerar que este proceder forma parte de la honestidad del investigador. Las reglas del juego deben ser transparentes y dadas a conocer oportunamente.

Se ha argumentado en contra de esta posición que el proporcionar información acerca del uso de placebos puede entorpecer la metodología de la investigación, particularmente la de doble ciego. No lo ha estimado así el Comité el que ha concluido, por un lado, que el hecho de dar información acerca del placebo no afecta en modo alguno la eficiencia del diseño metodológico y, por otro lado, que no existe ninguna consideración metodológica que autorice pasar a llevar la libertad de la persona humana para decidir acerca de su participación o no-participación en procedimientos clínicos o de investigación. Se sostuvo que: "Ni la ciencia ni el bien de la humanidad pueden pasar por encima de los derechos de la persona"^{viii}.

3. Deberes de los profesionales en el trabajo clínico.

Nos limitaremos a su consideración dentro del contexto de este documento el que está referido al llamado consentimiento informado.

Todo se centra en el respeto a la persona del paciente, dimensión de ésta que nunca ha de ser dejada de lado.

El paciente tiene derecho a ser informado acerca de su estado de salud y de los procedimientos médicos para mantenerlo en el mejor nivel posible. Por tanto, debe ser informado acerca de las enfermedades que pueda presentar y consultado sobre los procedimientos terapéuticos que sea necesario llevar a cabo, los que le deberán ser claramente expuestos en un lenguaje que sea comprensible para él, señalándose todas las alternativas posibles y respetando su libertad de opción entre ellos como también la de negarse a los mismos.

Solamente en casos muy excepcionales y por razones humanitarias muy justificadas y debidamente sopesadas se podrá no informar al paciente pero, en estos casos siempre deberá ser informado un familiar próximo o, en caso de no haberlos, personas ligadas a él. Nos referimos a casos como el diagnóstico de ciertos cánceres cuya información puede llevar al desmoronamiento del paciente; en estos casos deberá sopesarse adecuadamente los pro y contras de informar en función de la personalidad del paciente y del estado de su mal. Sin embargo, se impone cada vez más el criterio de que es conveniente para estos pacientes saber la verdad de su condición lo que los lleva habitualmente a cooperar mejor con el tratamiento; también la consideración de que la persona que tiene por delante la muerte en un plazo más o menos breve, tiene el derecho de saberlo para arreglar sus asuntos mundanos antes de abandonar esta vida y prepararse para enfrentar adecuadamente la muerte, ese momento tan significativo e inevitable de la vida humana.

Otro aspecto a considerar es que los profesionales de la salud están obligados por el secreto médico y no deben divulgar sin el consentimiento del paciente la información obtenida de él a otros que a los que tienen derecho. Hay consenso, incluso en el ámbito legal, que los únicos que tienen derecho a conocer la información facilitada por el paciente son quienes participan del procedimiento diagnóstico y terapéutico, forman parte del equipo médico. Hay casos excepcionales en que los miembros del equipo de salud pueden no respetar el secreto médico o tienen la obligación moral de pasarlo a llevar.

Plantean especiales problemas de ética las visitas de sala por parte de los médicos y alumnos y la presentación de los pacientes a reuniones clínicas. A este respecto, parece existir consenso en que debe consultarse la voluntad del paciente y es así como la Declaración de Hawaii¹ de la Asociación Mundial de Psiquiatras señala:

4. Deberes de los profesionales de la investigación.

Aquí, igualmente, nos referiremos solamente a los éticos relativos al consentimiento informado. Citaremos algunas partes de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su última revisión de Septiembre de 1989^{ix}:

"9. En toda investigación sobre sujetos humanos, cada sujeto potencial debe ser adecuadamente informado sobre los propósitos y objetivos, los métodos, los beneficios anticipados y riesgos potenciales del estudio y de las incomodidades que puede conllevar. El o ella deben ser informados que tienen la libertad de abstenerse de participar en el estudio y de que tienen la libertad de retirar en cualquier momento su consentimiento para participar. El médico debe obtener entonces el consentimiento informado libremente dado por el sujeto, preferiblemente por escrito.

10. Al obtener el consentimiento para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cauteloso si el sujeto está en una relación de dependencia con él o ella o puede consentir por coacción. En tal caso el consentimiento informado debiera ser obtenido por un médico no comprometido con la investigación y que sea completamente independiente de esta relación oficial.

11. En caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debiera obtenerse del tutor o curador legal de acuerdo con la legislación nacional. En aquellos casos en que la incapacidad física o mental hace imposible obtener el consentimiento informado, o cuando el sujeto es un menor, el permiso del familiar responsable reemplaza el del sujeto de acuerdo con la legislación nacional.

Cuando el menor es capaz de consentir, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debiera contener siempre una declaración acerca de las consideraciones éticas comprometidas y debiera indicar que los principios éticos enunciados en la presente Declaración se están cumpliendo."

Agrega dicha Declaración en relación con las investigaciones clínicas:

"4. El rechazo por parte del paciente para participar en un estudio nunca debe interferir con las relaciones médico-paciente.

5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones específicas de esta propuesta deben ser declaradas en el protocolo experimental para su transmisión a un comité independiente. "

Y en relación con la investigación biomédica no clínica:

"2. Los sujetos debieran ser voluntarios - ya sea personas sanas o personas en las cuales el diseño experimental no está relacionado con la enfermedad del paciente.

4. En la investigación en el hombre, el interés de la ciencia y de la sociedad no debe tener prioridad sobre el bienestar del sujeto."

5- Formularios de consentimiento informado.

Nos parece importante señalar rumbos respecto de los contenidos que deben tener y al respecto nos parece lo más conducente reproducir las disposiciones del Gobierno Federal de los Estados Unidos sobre estas materias.

En la "Protección de los Sujetos Humanos" del Código de Regulaciones Federales de los Estados Unidos^x se establece:

"§ 46.116 Requisitos generales del consentimiento informado.

Excepto lo previsto en esta u otras subpartes, ningún investigador puede comprometer a seres humanos como sujetos de una investigación cubierta por estas regulaciones salvo que el investigador haya obtenido un consentimiento legalmente efectivo del sujeto o de sus representantes legalmente autorizados. Un investigador deberá buscar tal consentimiento sólo bajo circunstancias que proporcionen al sujeto prospectivo o a su representante la oportunidad suficiente para considerar si participará o no y que minimicen la posibilidad de coerción o de influencia indebida. La información que se proporcione al sujeto o a su representante deberá ser dada en un lenguaje comprensible para el sujeto o su representante. Ningún consentimiento informado, ya sea oral o escrito, puede incluir un lenguaje exculpatorio mediante el cual se haga sujeto o a su representante renunciar o aparecer renunciando a cualquiera de los derechos legales del sujeto, o libere o aparezca como liberando al sujeto, al patrocinante, a la institución o a sus agentes de responsabilidad por negligencia.

(a) Elementos básicos del consentimiento informado. Con excepción de lo previsto en el párrafo (c) o (d) de esta sección, al buscar el consentimiento informado deberá proporcionarse la siguiente información a cada sujeto:

(1) Una declaración de que el estudio conlleva investigación, una explicación de los propósitos de la investigación y de la duración esperada de la participación del sujeto, una descripción de los procedimientos a seguir, una identificación de todos los procedimientos que son experimentales;

(2) Una descripción de cualquier riesgo razonable predecible o de las incomodidades para el sujeto;

(3) Una descripción de los beneficios para el sujeto o para otros que pueda esperarse razonablemente de la investigación;

(4) La información acerca de los procedimientos alternativos o tipos de tratamiento, si los hay, que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

(5) Una declaración que describa los límites, si los hay, en los cuales se mantendrá la confidencialidad de los registros que identifican al sujeto;

(6) En la investigación que involucre un riesgo mayor que el mínimo, una aclaración sobre si hay alguna compensación o una aclaración sobre si hay tratamientos

médicos disponibles si se produce algún daño y, si esto es así, en qué consisten, o donde se podrá obtener mayor información;

(7) Una aclaración acerca de a quién contactar para obtener respuesta a preguntas pertinentes acerca de la investigación y de los derechos de los sujetos y a quién contactar en el caso de un daño al sujeto relacionado con la investigación; y

(8) Una declaración de que la participación es voluntaria y que el rechazo en participar no significará sanciones o pérdida de beneficios a los cuales de no mediar esto tendría derecho el sujeto, y que el sujeto puede discontinuar la participación en cualquier momento sin penalidad o pérdida de beneficios a los que de otro modo tendría derecho el sujeto.

(b) Elementos adicionales del consentimiento informado. Se deberá proporcionar a cada sujeto, cuando sea apropiado, uno o más de los siguientes elementos de información:

(1) Una declaración de que el tratamiento o procedimiento particular puede conllevar riesgos para el sujeto (el embrión o el feto si el el sujeto es una mujer embarazada o que puede embarazarse) los que habitualmente son impronosticables;

(2) Circunstancias anticipadas en las cuales el investigador pueda terminar la participación del sujeto sin tomar en cuenta el consentimiento del sujeto;

(3) Cualquier costo adicional para el sujeto que pueda resultar de su participación en la investigación;

(4) Las consecuencias de la decisión del sujeto de retirarse de la investigación y los procedimientos para una terminación ordenada de la participación del sujeto;

(5) Una declaración de que los nuevos hallazgos significativos desarrollados durante el curso de la investigación y que puedan guardar relación con la voluntariedad del sujeto para continuar con su participación, les serán proporcionados al sujeto; y

(6) El número aproximado de sujetos comprometidos en el estudio.

(c) Una CRI (Comisión Revisora Institucional) puede aprobar un procedimiento de consentimiento que no incluya, o que altere, algunos o todos los elementos del consentimiento informado señalados más arriba o prescindir del requerimiento del consentimiento informado siempre que el CRI encuentre y documente:

(1) La investigación o proyecto de demostración se conducirá o estará sujeta a la aprobación de los funcionarios del gobierno local o estatal y se ha diseñado para estudiar, evaluar o examinar de algún otro modo: (i) programas bajo el Acta de la Seguridad Social, o algún otro programa de beneficio o servicio público; (ii) procedimientos para obtener beneficios o servicios bajo esos programas; (iii) posibles cambios en o alternativas a esos programas o procedimientos; o (iv) posibles cambios en los métodos o niveles de pago de los beneficios o servicios proporcionados por esos programas; y

(2) La investigación no puede ser llevada a cabo prácticamente sin renunciar a él o alterarlo.

(d) Una CRI puede aprobar un procedimiento de consentimiento informado que no incluya, o que altere, alguno o todos los elementos del consentimiento informado señalados más arriba, o prescindir de los requisitos para obtener el consentimiento informado siempre que la CRI encuentre y documente que:

(1) La investigación no significa más que riesgos menores para el sujeto;

(2) La prescindencia o alteración no afectará adversamente los derechos y bienestar de los sujetos;

(3) La investigación no puede llevarse a cabo prácticamente sin prescindencia o alteración; y

(4) Siempre que sea apropiado, se proporcionará a los sujetos la información adicional pertinente luego de la participación.

(e) Los requisitos del consentimiento informado que establecen estas disposiciones no tienen la intención de imponerse a cualquier ley federal, estatal o local aplicable que requiera

que se proporcione información adicional para que el consentimiento informado sea legalmente efectivo.

(f) Nada de lo que aparece en estas disposiciones intenta limitar la autoridad de un médico para proporcionar atención médica de emergencia, en el grado en que le sea permitido al médico hacerlo de acuerdo a las disposiciones legales federales, estatales o locales aplicables.

§ 46.117 Documentación del consentimiento informado.

(a) Con excepción de lo previsto en el párrafo (c) de esta sección, el consentimiento informado se documentará mediante el uso de un formulario de consentimiento informado aprobado por la CRI y firmado por el sujeto o por el representante legalmente autorizado del sujeto. Se dará una copia a la persona que firme el formulario.

(b) Con excepción de lo previsto en el párrafo (c) de esta sección, el formulario de consentimiento puede ser cualquiera de los siguientes:

(1) Un documento escrito de consentimiento informado que abarque los elementos del consentimiento informado requeridos en § 46.116. Este formulario debe ser leído al sujeto o al representante legalmente autorizado del sujeto, pero en todo momento el investigador dará ya sea al sujeto o a su representante la adecuada oportunidad de leerlo antes de firmarlo; o

(2) Un documento de "formulario breve de consentimiento" escrito que especifique que los elementos del consentimiento informado requeridos por § 46.116 le han sido presentados verbalmente al sujeto o al representante legalmente autorizado del sujeto. Cuando se utilice este método, deberá existir un testigo de la presentación verbal. También, la CRI deberá aprobar un resumen escrito de lo que se dirá al sujeto o a su representante. Solamente deberá ser firmada por el sujeto o su representante la forma abreviada. Sin embargo, el testigo deberá firmar tanto la forma abreviada como una copia del resumen, y la persona que esté actualmente obteniendo el consentimiento deberá firmar una copia del resumen. Una copia del resumen será proporcionada al sujeto o su representante, además de una copia del "formulario breve".

c) Una CRI puede prescindir del requisito de que el investigador obtenga un formulario firmado del consentimiento de alguno o todos los sujetos si encuentra ya sea:

(1) Que el único registro que relaciona al sujeto y la investigación sería el formulario de consentimiento y que el principal riesgo sería el daño potencial resultante de una violación de la confidencialidad. Se preguntará a cada sujeto si el sujeto desea la documentación que lo relaciona con la investigación, en cuyo caso prevalecerán los deseos del sujeto; o

(2) La investigación no representa más que un mínimo riesgo de daño para los sujetos y no requiere de procedimientos para los cuales se requiera habitualmente fuera del contexto de la investigación consentimiento escrito.

En los casos en que se renuncia a la documentación del consentimiento, la CRI puede requerir que el investigador proporcione a todos los sujetos una declaración escrita en relación con la investigación.

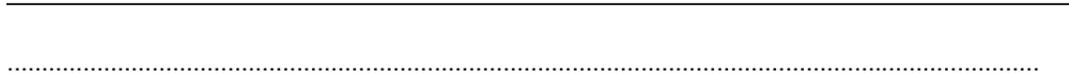
Referencias.-

1.- Declaración de Hawaii. En : Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Santiago Norte: Textos de Ética Médica. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile. 1977.

- 2.-Royo Marín, A.: Teología Moral para Seglares. Tomo 1: Moral Fundamental y Especial. B.A.C. 166. Madrid 1976.
- 3.- Balmes, J: El Criterio. Librería de la Vda. de Ch. Bouret. Paris, France. 1910. ¹.- Real Academia Española: Diccionario de la Lengua Española. Editorial Espasa Calpe, Madrid 1970.
4. - The Belmont Report. OPRR Reports (NIH, PHS, HHS) U.S Government Printing Office, 1979.
- 5.- Janoffsky, J.S; McCarthy, R.J.; Folstein, M.F.: The Hopkins Competency Assessment Test: A Brief Method por Evaluating Patient's Capacity to Give Informed Consent. Hospital and Community Psychiatry, Vol. 43 N° 2 pp 132-136, Feb. 1992.
- 6.- Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Actas de Sesiones, 1992.
- 7.- Escribar, Ana: En sesión del Comité de Ética del Hospital Clínico de la U. de Chile.
- 8.- The World Medical Association, Inc. : World Medical Association Declaration of Helsinki. BAY K 5552/0775 - 12/12/91. Fernye-Voltaire, France.
- 9.- Protection of Human Subjects. Code Of Federal Regulations 45 CFR 46. OPRR Reports (NIH, PHS, HHS). U.S. Government Printing Office. 1989

⁶.- Referencias.-

- i.- Declaración de Hawaii. En : Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Santiago Norte: Textos de Ética Médica. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile. 1977.
- ii.-Royo Marín, A.: Teología Moral para Seglares. Tomo 1: Moral Fundamental y Especial. B.A.C. 166. Madrid 1976.
- iii.- Balmes, J: El Criterio. Librería de la Vda. de Ch. Bouret. Paris, France. 1910.
- iv.- Real Academia Española: Diccionario de la Lengua Española. Editorial Espasa Calpe, Madrid 1970.
- v. - The Belmont Report. OPRR Reports (NIH, PHS, HHS) U.S Government Printing Office, 1979.
- vi.- Janoffsky, J.S; McCarthy, R.J.; Folstein, M.F.: The Hopkins Competency Assessment Test: A Brief Method por Evaluating Patient's Capacity to Give Informed Consent. Hospital and Community Psychiatry, Vol. 43 N° 2 pp 132-136, Feb. 1992.
- vii.- Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Actas de Sesiones, 1992.
- viii.- Escribar, Ana: En sesión del Comité de Ética del Hospital Clínico de la U. de Chile.
- ix.- The World Medical Association, Inc. : World Medical Association Declaration of Helsinki. BAY K 5552/0775 - 12/12/91. Fernye-Voltaire, France.
- x.- Protection of Human Subjects. Code Of Federal Regulations 45 CFR 46. OPRR Reports (NIH, PHS, HHS). U.S. Government Printing Office. 1989.



ALGUNAS REFLEXIONES ETICAS SOBRE EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO HUMANO DESDE UNA PERSPECTIVA MÉDICA

Dr. Pedro Naveillan F.

1.- Notas introductorias.-

Abbagnano, en su Diccionario de Filosofíaⁱ, define así el dolor: "Dolor (gr. *λυπη*; lat. *dolor*; ingl. *pain*; franc. *douleur*; alem. *Schmerz*; ital. *dolore*). Una de las tonalidades fundamentales de la vida emotiva, más precisamente la negativa, que a menudo es tomada como signo o indicación del carácter hostil o desfavorable de la situación en la cual se encuentra el ser viviente. "

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Españolaⁱⁱ lo hace de la siguiente manera: "**dolor**. (Del lat. *dolor*, - *ōris*) m. Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. || **2**. Sentimiento, pena y congoja que se padece en el ánimo. || **3**. Pesar y arrepentimiento de haber hecho u omitido una cosa. || ..."; el sufrimiento: "**sufrimiento**. m. Paciencia, conformidad, tolerancia con que se sufre una cosa. || **2**. Padecimiento, dolor, pena." y el sufrir: "**sufrir**. (Del lat. *sufferre*) tr. Sentir físicamente un daño, dolor, enfermedad o castigo. || **2**. Sentir un daño moral o físico. U.t.c. prnl. || **3**. Recibir con resignación un daño moral o físico. U.t.c. prnl. || **4**. Sostener, resistir. || **5**. Aguantar, tolerar, soportar. || **6**. Permitir, consentir. || **7**. Satisfacer por medio de la pena. || ...".

Apunta esta definición del dolor en su acepción primera al aspecto físico, casi objetivo; la segunda al subjetivo y la tercera al moral, lo que es señal de la triple vertiente en que puede y debe ser considerado el dolor. En cuanto al sufrimiento y el sufrir, está centrado evidentemente en el plano de la subjetividad y, lo que es interesante subrayar desde ya, las acepciones 1^a, 3^a, 4^a y 5^a patentizan la actitud frente al daño como componente central.

Respecto de la amplitud de lo que es el sufrimiento, es conveniente citar las palabras de Juan Pablo II en su carta apostólica: "Salvifici doloris" (Sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano)ⁱⁱⁱ que dicen: " Puede ser que *la medicina*, en cuanto ciencia y a la vez arte de curar, descubra en el vasto terreno del sufrimiento del hombre *el sector más conocido*, el identificado con mayor precisión y relativamente más compensado por los métodos del «reaccionar» (es decir, de la terapéutica). Sin embargo, éste es sólo un sector. El terreno del sufrimiento humano es mucho más vasto, mucho más variado y pluridimensional. El hombre sufre de modos diversos, no siempre considerados por la medicina, ni siquiera en sus más avanzadas ramificaciones. El sufrimiento es algo *todavía más amplio* que la enfermedad, más complejo y a la vez aun más profundamente enraizado en la humanidad misma. Una cierta idea de este problema nos viene de la distinción entre sufrimiento físico y sufrimiento moral. Esta distinción toma como fundamento la doble dimensión del ser humano, e indica el elemento corporal y espiritual como el inmediato sujeto del sufrimiento, aunque se puedan usar como sinónimos, hasta un cierto punto, las palabras «sufrimiento» y « dolor», *el sufrimiento físico* se da cuando de cualquier manera «duele el cuerpo», mientras que el *sufrimiento moral* es «dolor del alma». Se trata, en efecto, del dolor de tipo espiritual, y no sólo de la dimensión «psíquica» del dolor que acompaña tanto el sufrimiento moral como el físico. La extensión y la multiformidad del sufrimiento moral no son ciertamente menores que las del físico; pero a la vez aquél aparece como menos identificado y menos alcanzable por la terapéutica."

Lo señalado por Juan Pablo II patentiza que el dolor no debe ser considerado y abordado solamente desde una perspectiva médica sino que ésta es desbordada por todos lados y debe, el dolor, ser mirado en toda su amplitud y la ayuda al hombre doliente debe ser comprehensiva, haciendo justicia a todas las facetas del dolor y del hombre.

2.- El poder de la medicina actual frente al dolor.-

Mirados desde la perspectiva de la medicina física, los avances en el conocimiento de la anatomía normal y patológica, macro y microscópica: la fisiología y fisiopatología; la semiología, diagnóstico y clínica; la terapéutica médica, quirúrgica, farmacológica (con sus bases farmacocinética y farmacodinámica) y por medios físicos, han hecho posible que el médico pueda controlar en forma eficaz la mayoría de los dolores. Esto le ha dado un poder enorme a la vez que ha echado sobre sus espaldas grandes responsabilidades creando serios problemas éticos sobre los que se hace cada vez más necesario reflexionar. Piénsese, por sólo considerar algunos, en los riesgos de producir dependencia (adicción) a la morfina por el empleo indiscriminado de la misma en el alivio del dolor; en la problemática de la eutanasia en la búsqueda de la "muerte dulce".

En el ámbito de la medicina psicológica (la psiquiatría y la salud mental), que es una de las ramas de la medicina que más progresos ha experimentado en las últimas cuatro décadas, se añade a la problemática anterior todo el ámbito de los dolores de origen psíquico, el del sufrimiento humano y de la actitud frente al mismo. Aparecen las formas de terapia psicológica, en sus diversas modalidades, la capacidad de manipular a la persona humana, las implicancias del mundo de los valores, tanto del paciente y su familia como del propio agente terapéutico, el médico.

Cercano al mundo médico de la salud mental y en íntimo contacto con el mismo (lo que también es cierto, en alguna medida, para la medicina física) se abre toda la perspectiva del sufrimiento propiamente moral: el espiritual - que hay que distinguir del psíquico, inscrito en el campo de la salud mental. Este sufrimiento espiritual es el que dice relación con todo el ámbito de la trascendencia, del sentido último de la vida, de la relación con los valores, de la relación con Dios, de la conciencia moral.

Si bien el mundo de la trascendencia está inscrito en todo el hombre, se patentiza más claramente en algunas de sus dimensiones. Está más oscurecido en la consideración del hombre sólo en sus aspectos físicos, se hace más exigencial en la dimensión psicológica e imperativo cuando nos acercamos a los estratos superiores del alma, al entrar en la vida espiritual.

La experiencia como psiquiatra clínico obliga cada vez más a considerar al hombre en su integralidad y su dimensión espiritual se va tornando en una exigencia a considerar en todo paciente que acude a consultar. Si bien se espera que limite su accionar técnico al campo en el que tiene competencia, no es menos cierto que por el hecho de tratar con personas se vuelve muy difícil no incursionar en el modo de vivir la espiritualidad que tienen los pacientes.

Cada vez se torna más cierto que muchos de los sufrimientos y patologías que nos toca tratar tienen una clara raíz en el mundo de los valores y la trascendencia. Aun más, pensamos que la psiquiatría - medicina psicológica - debe incluir en sus disciplinas básicas la filosofía y la teología.

Si bien, en lo personal, hemos llegado por vías diferentes e independientes a estos puntos de vista, ya nos precedió en este camino el gran psiquiatra judío vienés Viktor Frankl^{iv, v, vi}. En efecto, él descubrió la importancia del mundo de los valores en el origen de muchas neurosis y en toda terapia psicológica. Acuñó el término de "noogénesis" para las causas valóricas del enfermar y distinguió el grupo de la "neurosis noogénicas". Creó su forma de psicoterapia denominada logoterapia que se base en el mundo de los valores y de la trascendencia, siendo también creador de muchas técnicas de psicoterapia que luego han cursado con otro nombre en la llamada terapia conductual.

Lo que hemos señalado apunta de un modo indudable a la necesidad de aumentar el campo de competencia del psiquiatra y de que tenga una más sólida formación filosófica, teológica, religiosa y moral que le permita mejor entender a sus pacientes e interactuar y colaborar con quienes tienen más idoneidad en estas áreas del quehacer humano. También de ampliar el horizonte de sus lecturas de modo tal de poder aconsejar a sus pacientes libros que les puedan ser útiles para su desarrollo personal, que faciliten su recuperación psicológica y que abrevien sus sufrimientos. Queremos subrayar en relación con esto que todo médico, no sólo el

psiquiatra, debe ampliar el campo de su formación no limitándose a lo exclusivamente clínico y científico sino que debe buscar una preparación tal que le permita comprender al hombre en toda su complejidad.

Lo anteriormente dicho implica, como deber del profesional, el más amplio respecto por las opiniones y posturas filosóficas y religiosas del paciente.

Las anteriores disgresiones tienen por finalidad destacar la necesidad de considerar al hombre en su integralidad y como persona en todo momento del quehacer médico pero muy en especial cuando se abordan los problemas del dolor y del sufrimiento. Esto se hace cada vez más necesario toda vez que los progresos científicos nos han ido deshumanizando la medicina al escotomizar la formación del médico y su visión de la realidad llevándolo fácilmente a caer en un reduccionismo científicista..

En el campo de la psiquiatría disponemos de fármacos de probada eficacia para el control de la angustia, de la depresión, de los estados de exaltación del ánimo y de graves perturbaciones de la personalidad como la esquizofrenia y otras psicosis. Esto ha conducido a muchos a una posición reduccionista en que pretenden reducir la psiquiatría al sistema nervioso central y sus alteraciones estructurales y funcionales y la terapia a los psicofármacos y otras medidas de orden físico. Olvidan quienes así proceden que ésta no es más que una dimensión del ser humano y que no es aconsejable ni posible prescindir de lo psicológico y espiritual. En efecto, se ha demostrado que incluso en las depresiones más severas, los psicofármacos aisladamente son tan efectivos como las psicoterapias y que la utilización conjunta de ambos es la medida más efectiva ya que se potencian mutuamente en sus efectos^{vii}, también que en aquellas manifestaciones patológicas que tienen su origen en el sufrimiento moral o en la conciencia pasada a llevar o en la falta de sentido de la vida, las únicas medida verdaderamente efectivas son aquellas de naturaleza psicológica y espiritual.

La mayoría de las corrientes filosóficas y teológicas y las religiones han abordado en la esfera de lo espiritual la problemática del dolor y el sufrimiento, buscando su explicación última y su sentido, lo que se traduce en actitudes frente al mismo que lo hacen valorar, aceptar y padecer de modo diverso, lo que da una cierta manejabilidad del mismo. Médicos como Frankl hacen uso de ellas con finalidades terapéuticas y para confortar a sus pacientes. .

Sintetizando lo señalado más arriba, podemos afirmar que la medicina actual cuenta con poderosas herramientas de naturaleza física y química, psicológica y espiritual para combatir el dolor y el sufrimiento. Su uso, sin embargo, plantea riesgos y problemas éticos que luego señalaremos.

3.- El sentido del dolor.-

Nos parece conveniente, para entender algunos aspectos del dolor y su sentido, reproducir unos textos de Santa Teresa de Jesús (de Avila) que cita en la biografía que escribe de ella José María Javierre al referirse a su "transverberación" (= transfixión: "Acción de herir pasando de parte a parte. Usase frecuentemente hablando de los dolores de la Virgen Santísima") la que califica como: "uno de los momentos cumbres de la sensibilidad humana". Dicen : " Veía un ángel cabe mí hacia el lado izquierdo, en forma corporal...No era grande sino pequeño, hermoso mucho, el rostro tan encendido que parecía de los ángeles muy subidos que parecen todos se abrazan, deben ser de los que llaman querubines... Veíale en las manos un dardo de oro largo, y al fin de hierro me parecía tener un poco fuego. Este me parecía meter por el corazón algunas veces y me llegaba a las entrañas; al sacarle me parecía las llevaba consigo, y me dejaba toda abrasada en amor grande de Dios. Era tan grande el dolor, que me hacía dar aquellos quejidos, y tan excesiva la suavidad que me pone este grandísimo dolor, que no hay desear que se quite ni se contenta el alma con menos que Dios. No es dolor corporal, sino espiritual, aunque no deja de participar el cuerpo algo, y aun harto. Es un requiebro tan suave que pasa entre el alma y Dios, que suplico yo a su bondad lo dé a gustar a quien pensare que miento." Y: "Es una manera de herida que parece al alma como si una saeta la metiesen por el corazón...Causa dolor tan grande que hace quejear, y tan sabroso que nunca querría le faltase."^{viii}

En la anterior descripción se aprecia como ante un dolor enorme puede darse una actitud de aceptación y de deseo del mismo toda vez que está unido una experiencia de trascendencia en que se le hace presente la intimidad de la unión con Dios. El dolor adquiere un sentido y es un signo de algo muy superior que lo hace aceptable y deseable : "tan sabroso que nunca querría que faltase".

Citamos lo señalado por la santa para dejar constancia de que el dolor no es siempre necesariamente negativo y de que no siempre debemos afanarnos tanto en suprimirlo con drogas y similares sino que en ayudar al paciente a que le dé un sentido y le sirva para el crecimiento personal.

En efecto, las experiencias que más hacen crecer al ser humano son las del auténtico amor y las del dolor, particularmente el moral. Al respecto nos dice Fernández Carvajal^x : " Lo que los hombres consideran , con mirada sólo humana, como un gran mal, con ojos de buenos cristianos puede ser un gran bien: la enfermedad, la pobreza, el dolor, el fracaso, la difamación, la falta de trabajo... En momentos humanamente difíciles, podemos descubrir, con la ayuda de la gracia, que esta situación de debilidad es un gran *camino para una sincera humildad*, al sentirnos necesitados y en especial dependencia de Dios. La enfermedad, o cualquier otra desgracia, puede ayudarnos mucho a despegarnos un poco más de las cosas de la tierra, en las que, casi sin darnos cuenta, estábamos quizá demasiado metidos. Sentimos entonces la necesidad de mirar al Cielo y de *fortalecer la esperanza sobrenatural*, al comprobar la endeblez de la esperanza humana". Y, más adelante: " Cuando contemplamos la vida de San José descubrimos que estuvo llena de penas y de alegrías, de dolores y de gozos. Es más, el Señor quiso enseñarnos a través de su vida que la felicidad nunca está lejos de la Cruz, y que cuando la oscuridad y el sufrimiento se llevan con sentido sobrenatural, no tardan en aparecer la claridad y la paz en el alma. Junto a Cristo, los dolores se tornan gozos."

En el Libro de Job, de la Sagrada Biblia^x, se nos presenta uno de los más grandes ejemplos de dolor y sufrimiento de que haya constancia, libremente aceptado y asumido, con búsqueda de un sentido. Más aun, tiene el agravante de ser sufrido injustamente, al menos desde las perspectivas humanas, el que se hace mucho más difícil de asumir y encontrarle sentido. Se ha escrito mucho sobre este episodio de las Sagradas Escrituras y citaremos algo de lo dicho al respecto que nos sirva para iluminar el sentido del dolor.

Gustavo Gutiérrez en su libro: "Hablar de Dios desde el sufrimiento del inocente. Una reflexión sobre el libro de Job"^{xi} hace un excelente análisis acerca del sufrimiento humano, en especial del sufrimiento sin culpa, y su sentido por lo que su lectura es altamente recomendable para quienes tienen que habérselas con el dolor ajeno y propio y ayudar a sus pacientes a encontrarle un sentido. Hago tres citas del señalado libro que espero sean de utilidad para los lectores de este ensayo:

" Antes de hablar, los tres amigos impresionados por la situación de Job, 'rompieron a llorar', luego guardaron silencio 'y se quedaron con él, sentados en el suelo, siete días con sus noches, sin decirle una palabra, viendo lo atroz de su sufrimiento' (2,13). Actitud compasiva y respetuosa que prueba la seriedad con que tomaron la situación de su amigo. Compartir el dolor en silencio es una expresión de fraternidad."

" Precisamente porque lo ha vivido, no busca el autor una explicación última y racional al dolor humano, pero tampoco es para él el simple pretexto para tocar otros temas: lo asume con toda su significación, perplejidad y consecuencias en relación con algo hondo, muy hondo en él: su fe y su esperanza en Yavhé. Sabe que el sufrimiento inocente es la situación más inhumana que pueda darse - sus vívidas descripciones dan testimonio de esto - , por eso la enfrenta para preguntarse si desde allí es posible reconocer al Dios que con su libertad y gratuidad, da plenitud a nuestra humanidad".

"Lo que interesa escudriñar a Elihu no es tanto de dónde y por qué viene el sufrimiento, sino para qué, su finalidad dentro de la providencia divina."

Juan Pablo II, en su carta apostólica: "Salvifici Doloris" ("sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano")^{xii} nos dice: " El sufrimiento ciertamente pertenece al misterio del hombre.

Quizás no está rodeado, como está el mismo hombre, por ese misterio que es particularmente impenetrable. El Concilio Vaticano II ha expresado esta verdad: « En realidad, el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado. Porque...Cristo, el nuevo Adán, en la misma revelación del misterio del Padre y de su amor, *manifiesta plenamente el hombre al hombre* y le descubre la sublimidad de su vocación ». Si estas palabras se refieren a todo lo que contempla el misterio del hombre, entonces ciertamente se refieren de modo muy particular *al sufrimiento humano*. Precisamente en este punto el « manifestar el hombre al hombre y descubrirle la sublimidad de su vocación » es particularmente *indispensable*. Sucede también - como lo prueba la experiencia - que esto es particularmente *dramático*. Pero cuando se realiza en plenitud y se convierte en luz para la vida humana, esto es también particularmente alegre. « Por Cristo y en Cristo se ilumina el enigma del dolor y de la muerte »."

Sobre la actitud frente al doliente, señala en la misma carta: " Sin embargo, el buen Samaritano de la parábola de Cristo, no se queda en la mera conmoción y compasión. Estas se convierten para él en estímulo a la acción que tiende a ayudar al hombre herido. Por consiguiente, es en definitiva buen Samaritano *el que ofrece ayuda en el sufrimiento*, de cualquiera clase que sea. Ayuda, dentro de lo posible, eficaz. En ella pone todo su corazón y no ahorra ni siquiera medios materiales. Se puede afirmar que se da a sí mismo, su propio « yo », abriendo ese « yo », al otro. Tocamos aquí uno de los puntos claves de toda la antropología cristiana. El hombre no puede « encontrar su propia plenitud si no es en la entrega sincera de sí mismo a los demás ». Buen Samaritano es *el hombre capaz* precisamente de *ese don de sí mismo*."

Luego añade: " Siguiendo la parábola evangélica, se podría decir que el sufrimiento, que bajo tantas formas diversas está presente en el mundo humano, está también presente para irradiar el amor al hombre, precisamente ese desinteresado don del propio « yo » en favor de los demás hombres, de los hombres que sufren. Podría decirse que el mundo del sufrimiento humano invoca sin pausa otro mundo: el del amor humano; y aquel amor desinteresado, que brota en su corazón y en sus obras, el hombre lo debe de algún modo al sufrimiento. No puede el hombre « prójimo » pasar con desinterés ante el sufrimiento ajeno, en nombre de la fundamental solidaridad humana; y mucho menos en nombre del amor al prójimo. Debe « pararse », « conmoverse », actuando como el Samaritano de la parábola evangélica. La parábola en sí expresa una verdad profundamente cristiana, pero a la vez tan universalmente humana. No sin razón, aun en el lenguaje habitual se llama obra de « buen samaritano » toda actividad en favor de los hombres que sufren y de todos los necesitados de ayuda.

Esta actividad asume , en el transcurso de los siglos, formas institucionales organizadas y constituye un terreno de trabajo en las respectivas profesiones. ¡ Cuánto tiene « de buen samaritano » la profesión del médico, de la enfermera u otras similares! Por razón del contenido « evangélico », encerrado en ellas, nos inclinamos más bien a pensar en una vocación que en una profesión...".

Armados con estas reflexiones podemos adentrarnos en los aspectos éticos del dolor y de su alivio.

4.- Aspectos Éticos.

Como criterios ordenadores debemos señalar, de acuerdo a nuestro punto de vista, los siguientes:

- El dolor y el sufrimiento forman parte de la condición humana.
- El dolor y el sufrimiento no sólo comportan significaciones negativas sino que que son elementos positivos para el crecimiento personal.
- El dolor y el sufrimiento abren horizontes de sentido a la vida humana y llevan a la trascendencia.

- La actitud básica de los profesionales de la salud frente al dolor y el sufrimiento ha de ser siempre comprensiva, de compañía, apoyo y apertura a la realidad humana del otro y de ayuda en la búsqueda de sentido al dolor y el sufrimiento.

Este último criterio, me atrevería a decir, forma parte del imperativo ético para estos profesionales.

Dentro de este contexto hay que señalar que no se pueden igualar todos los dolores y sufrimientos y adoptar una actitud general frente a ellos. En efecto, hay dolores que son más centrales y otros más periféricos, es decir, que comprometen menos la vida y la persona.

Por otra parte, los dolores y sufrimientos dependen en buena medida en su intensidad - y en su necesidad de alivio - de la sensibilidad y actitud de la persona frente a ellos. En efecto, hay personas de una sensibilidad tan exquisita que son capaces de sentir y verse afectadas por cosas y situaciones que resultan nimias para otras, las que tienen o una menor sensibilidad o una mayor fortaleza frente a los mismos. Fenómenos psíquicos como la hipnosis y otros estados de conciencia (ej.: soldados en batallas, faquires) pueden hacer que no se sientan estados que de suyo son tremendamente dolorosos para prácticamente la totalidad de los seres humanos. Actitudes frente al dolor como las de los estoicos o las de ofrecimiento de los mismos a Dios en las personas religiosas, hacen que se sobrelleven y acepten los dolores y sufrimientos sin recurrir a alivios de orden farmacológico o físico. Por el contrario, la moderna búsqueda del placer a toda costa torna los dolores y sufrimientos como inaceptables. A esto hay que agregar los progresos de la medicina actual en su capacidad de aliviarlos a los que va peligrosamente unido el espíritu de lucro de muchos de los productores de medicamentos que se traduce en una sobreoferta de fármacos y publicitación exagerada de las actitudes de huida frente al dolor y el sufrimiento.

Dentro del señalado contexto, los profesionales de la salud se ven sometidos a muchas presiones que suelen resultar determinantes en su conducta. Ante este riesgo deben esclarecer su conciencia ética para ejercer su arte de curar y, cuando esto no es posible, de aliviar y confortar.

Pensamos que el médico enfrentado al dolor y sufrimiento ajeno y , en muchos casos, propio, debe siempre considerar los aspectos psicológicos y espirituales y utilizar todos los medios de esta naturaleza que deben ser de provecho. Sin embargo, en la revisión de la literatura que hemos llevado a cabo no hemos encontrado reflexiones éticas al respecto.

Sobre lo mucho que se ha reflexionado es sobre la utilización de anestésicos, analgésicos y psicofármacos y sobre la eutanasia, muerte provocada y dulce. A ello dedicaremos algunos párrafos.

4.1.- Anestesia y analgesia.-

Peinador^{xiii} señala respecto de los anestésicos y analgésicos:

" En primer lugar, es lícito al paciente procurarse la aminoración o supresión de sus dolores, mientras en ello no haya nada que se oponga a bienes superiores o que sea impedimento para su conseguimiento."

" Está, pues, averiguado que la supresión o mitigación del sufrimiento físico no tiene en sí nada de inmoral o ilícito". Añade como al pie de esta afirmación los siguientes comentarios:

" « El paciente - decía el papa Pío XII, en el lugar citado -, deseoso de evitar o de calmar el dolor, puede, sin inquietud de conciencia utilizar los medios inventados por la ciencia y que en sí mismos no son inmorales. Circunstancias particulares pueden obligar a otra línea de conducta pero el deber de renuncia y de purificación interior que incumbe a los cristianos no es obstáculo para el empleo de la anestesia, porque ese deber se puede cumplir de otra manera,. La misma regla se aplica también a las exigencias supererogatorias del ideal cristiano » (NAVARRO, o.c., p 512)."

" « En el que está próximo a la muerte - escribíamos comentando al Papa -, igual que en el paciente que no lo está, la supresión o disminución del dolor puede ser un bien o medio para evitar un mal o procurarse un bien, cuando menos negativo. No es el sufrimiento mismo lo que acrecienta el amor a Dios y el mérito ante El, sino la aceptación voluntaria del mismo; es decir, la intención de buscar, a través de él, la complacencia divina, satisfaciendo por las propias culpas y por las ajenas » (Salmaticensis 4 [1957] 631)."

Prosigue al párrafo anterior a estos comentarios:

" Sin embargo, lo pudiera tener por las circunstancias concretas del sujeto que la procura: si por alguna de ellas resultara ser causa u ocasión de un daño respecto a bienes superiores al bien de la salud y de la vida. Tal sucedería cuando la desaparición del dolor llevara consigo la supresión de la conciencia y ésta se procurara de intento para evitarse las complicaciones que habría de traer ocuparse, en el probable peligro de muerte, de asuntos personales o familiares enojosos. También si, excluida esta intención pecaminosa, la supresión o adormecimiento de la conciencia, que es condición de la mitigación o de la desaparición del dolor físico, tuviera lugar cuando el sujeto está necesitado en lo espiritual, y es probable que, si no se atiende a esta necesidad por la recepción de los sacramentos antes de la aplicación de la anestesia, luego será ya tarde, porque o ya no habrá lugar a ello o no se presentará tan favorable oportunidad".

Cumplidos los requisitos señalados en los puntos anteriores, no es ilícito, en los moribundos, aliviar el dolor y el sufrimiento aunque se produzca alteración de la conciencia o esto pueda abreviar en algo la vida que aún queda.

Igualmente son lícitas la anestesia y la analgesia en el resto de los pacientes, con algunas salvedades.

1º : " si se trata de operación peligrosa de la que probablemente pueda seguirse que el enfermo no recobre la conciencia, *tiene obligación grave de caridad de advertir al enfermo*, por sí mismo o por medio de familiares, *del peligro*, para que se prevenga en orden a la solución de los problemas que pueda tener pendientes, sobre todo los espirituales."

2º: Hay que considerar los riesgos de dependencia de drogas, lo que es particularmente frecuente con el empleo de los preparados opiáceos.

3º En el caso de las parturientas, hay que evaluar el riesgo que los medicamentos representen no sólo para la futura madre sino que para la criatura que está por nacer.

4.2.- Eutanasia.-

La eutanasia ("eutanasia es todo tipo de terapia que suponga objetiva o intencionalmente, directa o indirectamente, el adelantamiento de la muerte"^{xiv}) bajo cualquiera de sus formas: eutanasia liberadora, terapéutica, eugenésica o social, es absolutamente inmoral e ilícita.

Peinador señala en relación con otro sentido del término eutanasia:

" *En un sentido lato*, LA EUTANASIA, puede entenderse como la supresión de los dolores en el moribundo, con posible abreviación de la vida, cuando la muerte es ya cierta y próxima; entonces la muerte, si es que se llega a producir, no se intenta ni se causa directamente o como querida en sí misma, sino indirectamente o como querida en su causa, que aquí es la aplicación del narcótico por el solo efecto de la supresión del dolor y de la conciencia."

" *Dispuesto el moribundo por lo que se refiere a sus problemas de conciencia*, NO ES ILÍCITO procurarle el alivio de la desaparición o adormecimiento de sus dolores, sin son graves, aun con la supresión de la conciencia total, pero temporal.

Dejar morir a un enfermo desahuciado en la inconsciencia, cuando tiene sin arreglar sus cuentas con Dios, sin haber intentado previamente conseguirlo de él, es un acto grave de crueldad y pecado mortal contra la caridad, aunque el fin intentado sea el de liberarle de dolores insoportables."

4.3.- Psicofármacos.-

.El uso de los psicofármacos plantea una serie de problemas de índole ética de los cuales solamente nos limitaremos a señalar algunos aspectos.

En primer lugar tenemos toda la problemática de la manipulación del ser humano mediante el empleo de fármacos que influyen en sus sentimientos, su voluntad, su memoria y su ideación, entre otras funciones psíquicas. López Azpitarte^{xv} señala al respecto:

" Frente al júbilo suscitado por estas mejoras y por la eficacia indudable de tales terapias, se alzan voces de alerta para denunciar también sus riesgos y peligros. Control significa poder, posibilidad de manipulación, influjos externos que, en este caso afectan a lo más íntimo y profundo de la dignidad humana. El hombre es un ser que se autoconstruye con una libertad responsable, que no está dirigido desde fuera como si fuese un simple robot ni por otros mecanismos interiores que limiten profundamente su autonomía personal."

En segundo lugar la yatrogénesis, enfermedad causada por el actuar médico, y en este campo se abren todos los riesgos de dependencia de drogas: compuestos morfínicos, benzodiazepinas, etc.. Sobre otro de sus aspectos nos advierte también el señalado López Azpitarte citando el pensamiento de Illich:

" La medicina moderna constituye, para él, una auténtica amenaza contra la salud, pues provoca una epidemia incurable de la que sólo conseguiremos librarnos el día en que seamos capaces de asesinarla y no hagamos caso de los médicos. La raíz de esta nueva trágica enfermedad - la yatrogénesis - encuentra su caldo de cultivo en la medicina institucionalizada de la vida, de la que el hombre se siente prisionero y en la que pierde por completo su carácter personal para transformarse en un problema técnico. Es una lucha para matar el dolor, eliminar la enfermedad y retrasar la muerte pero a costa de sacrificar el contenido humano de la existencia. Hoy tenemos técnicas contra casi todos los males, pero la morbosidad ha aumentado, porque también casi todos los hombres necesitan tratamiento por haberlos convertido en consumidores de anestesia. «La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud »^{xvi} ."

El tercer riesgo, también señalado por López Azpitarte, es el del "hedonismo psicotrópico". Dice al respecto:

" No parece falso afirmar que se ha creado una expectativa exagerada ante el mito de los psicofármacos, como si con ellos buscáramos una especie de paraíso artificial para huir de los cansancios, dificultades, tensiones, momentos depresivos, ansiedades, insomnio, pesimismo y todo ese mundo que rodea y acompaña al existir humano. El deseo de encontrar una solución inmediata para estos problemas hace que, en lugar de insistir en una ayuda psicológica para un enfrentamiento humano, se ofrezca una evasión mediante la droga, más cómoda y descomprometida. El peligro de un hedonismo psicotrópico ha sido denunciado por la misma medicina como una amenaza que pesa sobre nuestra sociedad moderna y supermedicada^{xvii} ."

Finalmente, conviene también citar los principios en que resume sus reflexiones el mismo autor:

" Los psicofármacos, como todos los medicamentos, tienen un carácter terapéutico éticamente admisible, porque buscan el bien integral de la persona.

Cuando se utilizan para otros fines diferentes o el límite de lo terapéutico se extiende indebidamente, se convierten en una solución demasiado fácil para superar conflictos normales

y ofrecen una evasión más cómoda y descomprometida, fomentada por una conducta hedonista y de consumo que no ayuda al bien de la persona.

Invadir la autonomía y reducir la libertad del hombre mediante el control de los psicofármacos fuertes es un tratamiento que sólo debería tolerarse cuando resulta necesario para su ulterior curación o el único medio posible para una convivencia social. cualquier otro fin no justificaría semejante limitación."

Cerramos este acápite sobre los psicofármacos reproduciendo : " Los Postulados sobre el Uso y el Mal Uso de Drogas Psicotrópicas" adoptado por la 29ª Asamblea Médica Mundial en Tokio en 1975 y enmendada en la 35ª en Venecia en 1983:

"1. El uso de drogas psicotrópicas constituye un fenómeno social complejo que no es simplemente un problema médico.

2. Dentro de la sociedad, generalmente, existe la necesidad urgente de proporcionar intensa educación pública ofrecida sin sermones morales y sin una actitud punitiva, y de fomentar el desarrollo y la demostración de alternativas prácticas al uso de drogas. Los médicos en su calidad de ciudadanos informados y conscientes, deben tomar parte en tales programas.

3. Los médicos deben recetar drogas psicotrópicas con la mayor moderación y observando la indicación médica más estricta; asegurándose que toda prescripción de drogas psicotrópicas refleje un diagnóstico exacto, una opinión no farmacológica apropiada y una cuidadosa utilización de elementos farmacoterapéuticos.

4. Los médicos deben aceptar la responsabilidad de compilar y proveer información de hecho sobre los riesgos para la salud del uso no-médico de toda materia psicotrópica, inclusive el alcohol.

6. La profesión médica debe cooperar con los gobiernos y otras agencias pertinentes y cerciorarse que esta información sea diseminada tan ampliamente como sea posible, especialmente dentro de aquellos grupos de edad con mayor posibilidad de experimentar con drogas en un gesto de reacción contra la presión ejercida por estos mismos grupos o por otros factores que conducen al mal uso y abuso de drogas, y con el objeto de preservar en cada individuo la responsabilidad y el derecho de manifestar libremente su voluntad consciente y privada."^{xviii}

Referencias.-

- 1.- Abbagnano, Nicola: Diccionario de Filosofía. Fondo de Cultura Económica. Méjico. 1963
- 2.- Real Academia Española: Diccionario de la Lengua Española. Espasa Calpe S.A. Madrid 1970
- 3.- Juan Pablo II: Carta Apostólica Salvifici Doloris. Editorial Salesiana. Santiago de Chile. 1984
- 4.- Frankl, Viktor: La psychotherapie et son Image de l'Homme. Resma. Paris. 1970
- 5.- Frankl, Viktor: Ante el Vacío Existencial. Herder. Barcelona. 1984
- 6.- Frankl, Viktor: El Hombre Doliente. Herder. Barcelona. 1987
- 7.- Hawton,K.: Long-term outcome studies of psychological treatments. En: Freeman, C., Tyrer P. Eds.: Research Methods in Psychiatry. Gaskel, Londres. 1989

-
- 8.- Javierre, José María: Teresa de Jesús. Ediciones Sígueme. Salamanca, España. 1984
 - 9.- Fernández Carvajal, Francisco: Hablar con Dios. Tomo VI, p. 139. Edic.Palabra. Madrid, 1989
 - 10.- Biblia de Jerusalén. Desclée de Brouwer. Bruselas, Bélgica. 1967
 - 11.- Gutiérrez, Gustavo: Hablar de Dios. Instituto Bartolomé de las Casas. Lima, Perú. 1986
 - 12.- Juan Pablo II: Salvifici Doloris . Editorial Salesiana. Santiago de Chile, 1984
 - 13.- Peinador, Antonio: Moral Profesional. BAC. Madrid. 1969
 - 14.- Vidal, Marciano: Moral de la Persona. PS Editorial. Madrid, 1985
 - 15.- López Azpitarte, Eduardo: Ética y Vida. Ediciones Paulinas. Madrid. 1990
 - 16.- Illich, I.: Némesis Médica. La expropiación de la salud. Seix Barral, Barcelona 1975
 - 17.- Pines, M.: The Brain Changers, Scientist and the New Mind Control. Harcourt. New York 1973
 - 18.- En: Colegio Médico de Chile: (A.G.) Normas y Documentos Ética Médica 1986. Editorial Antártica S.A. Santiago de Chile. 1986