

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

2006/3

¿El embrión humano se encuentra protegido por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO? - Comparación entre V. E. Frankl y Emmanuel Mounier: una reflexión antropológica y metodológica - *Diagnostic frequency and principal problems of clinical ethics in general medical practice* - Reflexiones bioéticas acerca del transplante de mano



UNIVERSIDAD ANÁHUAC
VINCE IN BONO MALUM™

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac

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

MEDICINA Y ÉTICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Av. Sur 20, núm. 233
Col. Agrícola Oriental, 08500 México, D.F.

Dirección y Administración:
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México, C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)
Email: ehamill@anahuac.mx

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

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

México: 150 pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Universidad Anáhuac, Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

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

[039 0793] Porte pagado.
 Publicación periódica.
 Registro 0390793.
 Características 210451118.
 Autorizado por SEPOMEX.

La Revista *Medicina y Ética* aparece citada regularmente en los siguientes índices: *The Philosopher's index* y en *Latindex*.
The Journal of *Medicina y Ética* is indexed in: *The Philosopher's index*, and in *Latindex*.

3

VOLUMEN XVII NÚMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DEL 2006

MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

Italia

Dirección

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani

Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini

Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi

Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy Porter

Director: Dr. Cristian Nazer Astorga

Coordinador Editorial: Dr. José E. Gómez Álvarez

Traductor y corrector: Lic. Eduardo Monterrubio Santa María

Corrector de redacción: Lic. Vicente Pérez Solsona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dra. Virginia Aspe Armella (Univ. Panamericana), Lic. Antonio Cabrera (Univ. Anáhuac), Mtro. Rafael García Pavón (Univ. Anáhuac), Dra. Ana Marta González (Univ. de Navarra), Dr. Javier Marcó Bach (Univ. de Santiago de Compostela), Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón (Univ. Complutense de Madrid), Dra. Martha Tarasco Michel (Univ. Anáhuac), Dra. María Dolores Vila-Coro (Catedrática de Bioética de la UNESCO), Mtro. Carlos Lepe Pineda (Univ. Anáhuac)

ÍNDICE

EDITORIAL	159
¿El embrión humano se encuentra protegido por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO? <i>Ma. de la Luz Casas Martínez</i>	165
Comparación entre V. E. Frankl y Emmanuel Mounier: una reflexión antropológica y metodológica <i>Ignacio Carrasco de Paula, María Magdalena Mangione</i>	175
Diagnostic frequency and principal problems of clinical ethics in general medical practice <i>Giovanni Fantacci</i>	187
Reflexiones bioéticas acerca del trasplante de mano <i>A. Gianelli Castiglione, M. Paganelli, A. Briadotti, F. Ventura</i>	199
Reseña bibliográfica <i>José Enrique Gómez Álvarez</i>	211

EDITORIAL

Si intentamos hacer un análisis de cuál es la situación actual de la bioética en el mundo, nos encontraríamos que a 35 años de distancia de sus inicios la bioética ha podido colocarse como una nueva disciplina, tanto en el campo de la atención médica y la investigación biomédica, como en otros campos académicos como en el del derecho y la economía, etc., y ha llegado a ocupar un lugar importante en el campo de las políticas públicas e incluso los medios de comunicación presentan frecuentemente notas relacionadas con temas de bioética.

En estos años se han formado colegios, academias, asociaciones, centros de investigación, facultades, organizaciones gubernamentales como Comisiones Nacionales de Bioética en muchos países del mundo, e incluso en octubre del 2005, la UNESCO presentó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Existen programas académicos que ofrecen las universidades en el mundo, que van desde materias electivas y cursos monográficos, hasta la formación de maestros y doctores en bioética.

Se han editado libros de todo tipo en relación con la bioética y los centros de investigación de diferentes países editan publicaciones periódicas en varios idiomas. Además, la información sobre temas de bioética que se puede obtener a través del Internet y de diferentes bases de datos electrónicas, podríamos decir que cubre actualmente todo tipo de temas relacionados con la bioética.

Parecería que la bioética, según lo hasta aquí descrito, ha llegado y ha conquistado los diferentes campos que estaba destinada a cubrir, sin embargo, haciendo un análisis más profundo de la situación, podremos encontrar lo siguiente:

1. A pesar de hablar de una sola disciplina: la bioética, encontramos que aun autores de libros y de trabajos científicos serios no coinciden al hablar de la definición de la bioética y, mucho menos, cuando no siguen la metodología que debería de seguir cualquier disciplina que se basa en la ética.

2. Cualquier persona, aun sin haber recibido una formación académica en las disciplinas básicas en las que se fundamenta la bioética (filosofía, derecho, biomedicina), participa como miembro de un comité de bioética o se transforma incluso en un conferencista o profesor o llega a ocupar un cargo directivo en una institución de bioética pública o privada.

3. En los Estados Unidos de Norteamérica, país en donde se dieron los primeros pasos en el campo de la bioética, se ha ideado una metodología para la misma que, al ser la primera y al haber recibido gran difusión, ha logrado imponerse en la mayor parte de los países del mundo.

4. Esta metodología de la bioética se ha tomado como base en muchos países para generar normas, reglamentos e incluso leyes relacionadas con la atención médica, la investigación que utiliza al hombre, los comités de bioética en hospitales y muchas otras situaciones que tienen que ver con la toma de decisiones relacionadas con la vida humana.

Ante el pluralismo que existe en el panorama bioético internacional, y ante la improvisación, que muchas veces se da de parte de quienes están participando en esta disciplina, la reflexión sobre el valor de la vida y la dignidad de la persona humana, principal razón de ser de la bioética, no es algo que incluyan dentro de los argumentos que exponen para resolver los problemas bioéticos que tratan.

Es importante recordar que para que todo progreso científico y cultural cumpla con el bien común, es necesario que promuevan siempre el bien de la persona humana, desde su concepción hasta su muerte.

Dr. Óscar J. Martínez González
Coordinador General
Facultad de Bioética

Criterios para los colaboradores de “*Medicina y Ética*”

1. La revista de *Medicina y Ética* es una revista especializada en el campo de la bioética que está enfocada a la difusión académica entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo. En consecuencia, *Medicina y Ética* no acepta artículos de difusión, ni material que puede ser considerado propagandístico de alguna corriente. La Revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia en la exposición de las ideas.
2. De acuerdo con lo anterior, las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición de la Facultad de Bioética. El Consejo editorial no presupone, en ningún caso, que la institución de origen o de quien da actualmente empleo al autor, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.
3. El material deberá ser inédito, no obstante, se aceptan ponencias o comunicaciones, siempre y cuando se señale claramente el lugar y fecha donde se expuso por primera vez la investigación.
4. Se consideran tres tipos de publicaciones: artículos, notas y reseñas. Los artículos deben tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Estos deben ser sobre temas monográficos. Las notas deben ser mayores de 7 páginas y menores de 15. Las notas tienen un carácter de discusión propia del campo científico; la discusión puede ser sobre otros artículos anteriores de la Revista, siempre y cuando cumplan con la calidad académica señalada y no como una mera expresión de una réplica por el afán polémico, sino a la altura del artículo que es motivo del comentario. Las reseñas deben tener una extensión mínima de una cuartilla y máxima de cinco. Las reseñas pueden ser tanto críticas como meramente expositivas.

5. Los artículos serán dictaminados por al menos dos académicos de competencia relevante en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores. El autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverla a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material. En cualquier caso, no se regresan originales. Los autores que hayan sido elegidos recibirán tres ejemplares de cortesía del número en que fueron publicados.
6. Los artículos publicables deberán escribirse de preferencia en español, aunque se aceptan en idioma inglés, de manera clara y concisa. El texto debe ir en letra Arial (12 pts) a espacio y medio, en papel tamaño carta. El material puede ser entregado en formato electrónico para PC, vía correo electrónico o disquete (Word para windows, o formato RTF).
7. Los artículos y notas deberán contener el título del trabajo, el (los) nombres(s) del (de los) autor (es), el nombre de la Institución a la que pertenezcan. El artículo debe estar acompañado de un resumen (abstract) en español y en inglés. También debe contener 3 palabras claves no contenidas en el título.
8. Las referencias de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, nombre del autor. *Título del libro*. Traductor, Editorial, Lugar de edición, año de publicación, página (edición original). Por ejemplo:

SINGER, Peter. Una vida ética. Escritos. Trad.: Pablo de Lora Del Toro, Ed. Taurus, Madrid, 2002, p. 57 (inglés: Writings of an ethical life, 2000).
9. En el caso de las revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre del autor. "título del artículo", *Título de la revista*, volumen, número, (mes, año), página. Por ejemplo:

ROMANO, Lucio. "Educación de la sexualidad y los adolescentes. Encuesta cognoscitiva y antropologías de referencia", *Medicina y ética*. XIII. 1, (enero-marzo, 2002), p. 85.

10. Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Dr. José Enrique Gómez Álvarez, Coordinador Editorial
Apartado Postal 10 844
C.P. 11000, México, D.F.
Email: jegomez@anahuac.mx**

11. No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior. Para considerarlo recibido, quien envía deberá contar con un recibo físico con sello, o bien con la respuesta electrónica de la dirección de correo electrónico señalada en el punto anterior.

¿El embrión humano se encuentra protegido por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO?*

Ma. de la Luz Casas Martínez¹

Resumen

El artículo se divide en tres partes principales. La primera analiza la importancia que poseen las diversas declaraciones sobre derechos humanos entre sí y cómo han sido tomadas en cuenta en las legislaciones de los diversos países, en especial en el caso de México.

En la segunda parte, el autor analiza cómo es tratado el derecho a la vida y el estatuto personal del embrión humano en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

Por último, se muestra que la ambigüedad que prevalece en el texto se reflejó en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Abstract

The article is divided in three main parts. The first one reviews the importance of main human rights declarations between them and how different nations have included them in their laws, especially the case of Mexico.

* Publicada en *Medicina y Ética* 2006/1.

¹ Doctora en Ciencias. Campo de estudios bioética. Jefe del Depto. de Bioética. Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana, México.

In the second part, the author makes an analysis of how the UNESCO Universal Declaration on Bioethics Human Rights deals with the right to life and personal status of the human embryo.

Last, it is mentioned that the ambiguity showed in the declaration was reflected on the European Tribunal (Court of Justice) of Human Rights.

Palabras clave: Derechos humanos, tratados, estado personal del embrión.

Key words: Human Rights, Treatises, embryo personal status.

Introducción

Es evidente el peso que las declaraciones de la UNESCO han representado en los últimos 15 años en el mundo científico y general. En especial la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y la de los Derechos Humanos², aunque no vinculantes, han tenido el suficiente peso argumentativo para ser ratificadas por más de 120 países alrededor del mundo, y con ello han contribuido en gran manera a la reflexión y adopción de criterios protectores para los investigadores y los sujetos de investigación, así como para el reconocimiento de derechos intrínsecos a la persona y la sociedad.

Con la misma tesitura, se presenta en este año la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos³ (DNHBE), esperando sea acogida con tanto éxito como la del genoma. Por la potencial trascendencia de este documento, se señala la importancia de que contenga los elementos más comprometidos en el debate bioético en la actualidad, como son aquellos relacionados con el inicio y fin de la vida humana.

Al leerse el contenido de la declaración, surge la pregunta sobre si el embrión humano se encuentra protegido por la DNHBE. Para ello, el presente trabajo analizará en primer lugar dos aspectos:

1. El peso sociojurídico de las declaraciones y
 2. El contenido de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO* con relación al embrión humano.
- Posteriormente se realizará una reflexión bajo la perspectiva bioética.

El valor jurídico de las declaraciones y de las convenciones o tratados

Es interesante observar, desde la perspectiva política, que nuevamente la UNESCO se ha pronunciado en áreas de la salud, temas que originalmente no pertenecían a su campo, sino al de la Organización Mundial de la Salud. La idea de haber abarcado esta área de conocimiento, aparentemente se debe al acierto en elegir una metodología interdisciplinaria, permitiendo una conclusión en forma transdisciplinaria, enfoque tan necesario en esta sociedad que requiere una visión unitaria sobre tan multifacéticos problemas. Para el análisis de este tema global, la UNESCO no parte solamente de la medicina, sino de la ecología, biotecnología, sociología, bioderecho, política, campos de conocimiento que son referidos en el documento final. Sin duda, esta declaración influirá en breve en las políticas jurídicas y de salud en los países firmantes. México participó y firmó este documento, pero, en la práctica habrán de considerarse varios aspectos sobre la vinculación de este tipo de señalamientos.

Independientemente del organismo que de a conocer un documento, la forma política en que se presenta tiene diferente peso vinculante para un país o Estado.

Las declaraciones no son tratados. Los tratados son instrumentos jurídicos obligatorios para quienes manifiesten su consentimiento en obligarse a través de ellos. Un tratado multilateral, convención, convenio o pacto, una vez adoptado en el marco de un organismo internacional, como la Asamblea General de ONU o de la OEA, se abre a la firma de los Estados. Luego de la firma, a través de la ratificación, los Estados se obligan a cumplir con las prescripciones del tratado. El proceso de ratificación se encuentra regido por el derecho interno de cada Estado. En muchos casos éste requiere la aprobación del Con-

greso y luego la «ratificación» formal por parte del Poder Ejecutivo. La ratificación consiste en el depósito de un instrumento en el lugar designado por el tratado. Finalmente, el tratado entra en vigencia cuando reúne cierto número de ratificaciones.

En cambio, una declaración es elaborada, en principio, en el marco de un órgano técnico constituido por expertos que estudian la problemática y redactan un primer proyecto que es elevado a un órgano político formado por representantes de los Estados que lo revisan e introducen las modificaciones que consideran necesarias. En los casos de la ONU y la OEA, el último paso de los proyectos será la aprobación en la Asamblea General. Las declaraciones, a diferencia de los tratados, no requieren ser ratificadas por los Estados. Pero, no es la misma obligatoriedad para las declaraciones y para los tratados. En el caso de las declaraciones, su valor jurídico es, en principio, no vinculante; pero su contenido puede volverse obligatorio en la medida en que contenga o exprese una fuente de derecho internacional. De esta forma, aunque las declaraciones no son obligatorias, cumplen una importante función en la contribución a la formación de fuentes obligatorias como son los tratados y la costumbre internacional.

A partir de la aprobación de una declaración, en numerosos casos se inicia la elaboración de un tratado sobre la misma materia respetando los acuerdos arribados en la redacción de ésta. Por otra parte, en cuanto a la formación de la costumbre internacional, las declaraciones, como mencionamos, adelantan la convicción de la obligatoriedad de determinada conducta. El ordenamiento interno de cada Estado, a su vez, puede reconocer estas fuentes del derecho internacional.

En el caso de México existen dos vías a través de las cuales las declaraciones pueden transformarse en normas obligatorias. Por un lado, en el ordenamiento interno, la costumbre internacional goza de una jerarquía igual a la de los tratados. Esto quiere decir que se encuentran por encima de las leyes nacionales. En el caso de que el contenido de una de las declaraciones se constituya en costumbre internacional, en el ámbito interno esta norma tendrá una jerarquía superior a las leyes nacionales. En este caso una ley interna no podría contradecir la declaración. Quedaría abierta, entonces, la posibilidad para

que una vez aprobadas las declaraciones, a través de la decisión del Congreso, obtuvieran jerarquía constitucional.

¿Es posible considerar algún punto sustantivo de la DNHBE como costumbre internacional? La declaración de UNESCO se basa en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Las premisas que contiene éste último se han constituido en una fuerza de costumbre internacional en los países democráticos. Pero se ha entendido que algunas declaraciones, como es el caso de la declaración mencionada, tienen el carácter de derecho positivo.

Los términos tratados, pactos y convenios internacionales son usados de manera intercambiable, y se entienden como los acuerdos jurídicamente obligatorios entre Estados. La ratificación de un acuerdo internacional constituye la promesa de un Estado de apoyarlo y de ceñirse a las normas jurídicas que en él se especifican.

En resumen, las convenciones tienen un peso jurídico mayor que las declaraciones, aunque no de manera directa, ya que estará abierta a la firma de todos los Estados, sujeta a ratificación y abierta a la adhesión. Podemos decir que, debido al fuerte contenido de la DNHBE, basada en la declaración Universal de Derechos Humanos, la cual se considera costumbre internacional, podría haberse constituido en primera instancia como una convención, ya que los países firmantes, anteriormente habían ratificado la aceptación de los documentos vinculantes base. Bajo la presentación actual, de declaración, deberá tomar el proceso de ratificación, es decir, de adecuada formación de los integrantes de las cámaras para que pueda ser comprendida y en su momento adoptada. En este momento se puede decir que la DNHBE no es vinculante en forma directa para la normatividad nacional mexicana.

Sobre el contenido de la DNHBE

La DNHBE contiene en su preámbulo algunas declaraciones básicas de la propia UNESCO; como son las siguientes:

- Declaración Universal Sobre el Genoma y los Derechos Humanos (11 de noviembre de 1997).

- Declaración Internacional Sobre los Datos Genéticos Humanos (16 de octubre de 2003).
- Declaración Sobre la Raza y los Prejuicios Raciales (27 de noviembre de 1978).
- Declaración Sobre las Responsabilidades de las Generaciones Presentes Hacia las Generaciones Futuras (12 de noviembre de 1997).
- Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural (2 de noviembre de 2001).

Además, se incluyen declaraciones y convenciones de otras Organizaciones:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948).
- Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Racial (21 de diciembre de 1965).
- Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación en Relación a las Mujeres (18 de diciembre de 1979).
- Convención de las Naciones Unidas en Relación con los Derechos del Niño (20 de noviembre de 1989).
- Convención de las Naciones Unidas Sobre la Diversidad Biológica (5 de junio de 1992).
- Acuerdo Relativo a los Derechos a la Propiedad Intelectual Relacionada con el Comercio (ADPIC) anexa al Acuerdo Constituyente de la Organización Mundial de Comercio (OMC) que entró en vigor el 1 de enero de 1995.
- Declaración de Doha Sobre el Acuerdo Sobre los ADPIC y la Salud Pública (14 de noviembre de 2001).
- Convención del Consejo de Europa Sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina (adoptada en Oviedo en 1997 y que entró en vigor en 1999).

Con ello manifiesta su adhesión a estos documentos, variados en cuanto a peso jurídico, pero suficiente para poder constituir una base reflexiva y vinculante con la DNHBE.

Dentro del tema que nos atañe, los documentos base cubren los derechos de todo ser humano y señalan además, bajo documentos espe-

cíficos, la protección de poblaciones vulnerables como son: mujeres, etnias y niños.

La UNESCO tiene como misión elaborar normas y principios universales, fundados en valores comunes, con el fin de afrontar los retos que surgen en el campo de las ciencias, para así poder orientar el desarrollo científico, tecnológico y social (teniendo en cuenta la responsabilidad de la generación presente hacia las generaciones futuras). De tal forma, señala en su Artículo Primero que los principios contenidos en la declaración se aplican a los seres humanos, bien entendido que éstos tienen responsabilidades y deberes hacia otras formas de vida que constituyen la biosfera. Con ello protege a todo ser humano, sobre el cual, no hace distinción de sexo, raza, edad o circunstancia. Es importante señalar que durante la exposición del documento se emplea el término *persona* en forma indistinta del de *ser humano*. Por tanto, los siguientes argumentos podrían ser aplicados a la protección del embrión humano:

“La declaración subraya que cualquier decisión o aplicación que se haga de la misma deberá atenerse a los siguientes principios:

- Deberá ser tomada dentro del más absoluto respeto a la dignidad humana, los derechos del hombre y la justicia (Art. 3), esforzándose en optimizar o maximizar los efectos benéficos (principio bioético de beneficencia) así como de reducir al mínimo cualquier eventual efecto nocivo para las personas afectadas (principio de no-maleficencia) (Art. 4);

- Deberá respetar a la diversidad cultural y al pluralismo, teniendo en cuenta los diferentes contextos culturales, corrientes de pensamiento, sistemas de valores, tradiciones históricas y filosóficas, y convicciones religiosas. Asimismo, las anteriores circunstancias de pluralidad no deben ser invocadas para atentar o limitar los principios enunciados en la declaración (Art. 5);

- Deberá tener en cuenta sus efectos sobre cualquier forma de vida, haciendo una llamada a la responsabilidad de los seres humanos en la protección de la biodiversidad y la biosfera (Art. 7)”.

En el capítulo de los principios derivados, la declaración subraya que cualquier decisión o aplicación que se haga de la misma deberá atenerse a los siguientes principios:

- Deberá reconocer y estar basada en la primacía de la persona humana que prevalece sobre el interés de la Ciencia o de la Sociedad (Art. 8);

- Nadie debe ser objeto de discriminación en razón de su estado físico o mental, situación social, enfermedad o características genéticas y, consecuentemente, tales características o situaciones no deben ser utilizadas o invocadas para la estigmatización de cualquier individuo, familia o grupo (Art. 9);

- Deberá respetar la autonomía de la persona (principio bioético de autonomía) en la toma de decisiones sin que su ejercicio atente a la autonomía de otros (Art. 10);

- Para cualquier investigación clínica o científica y para cualquier tratamiento o diagnóstico con seres humanos, deberá obtenerse previamente su consentimiento libre, razonado y explícito, pudiendo ser retirado dicho consentimiento en cualquier momento y teniendo en cuenta que el consentimiento de los incapaces deberá ser otorgado por sus representantes legales (Art. 11);

En relación con los procedimientos, la declaración plantea los siguientes aspectos:

- Evaluación de los riesgos, cuando los elementos científicos estimen la posibilidad de que se puedan producir perjuicios graves o irreversibles para la salud pública, el bienestar de los individuos o el ambiente, deberán tomarse en tiempo útil medidas provisionales apropiadas fundadas en el mejor conocimiento científico disponible (Art. 19).

Para fines de la bioética, estos artículos pueden aplicarse a problemas del inicio de la vida humana como son entre otros:

- Diagnostico preimplantatorio.
- Manipulación del ADN humano.
- Clonación y manipulación genética.
- Reproducción y manipulación de embriones humanos.
- Experimentación con embriones.
- Eugenesia.
- Anticoncepción.
- Aborto.

Pero, aunque aparentemente puede realizarse una interpretación de postulados hacia la protección del embrión, podría suscitarse un de-

bate, puesto que su protección no es explícita, a diferencia de las referencias a mujeres, ancianos y etnias.

¿Cuáles serían las referencias explícitas sobre el embrión humano? En los antecedentes de la DNHBE se encuentra señalado claramente que se apega a los lineamientos de la Convención sobre Derechos del Niño de la ONU,⁴ la cual declara en su artículo 6: “Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida”. Sin embargo, no define el término “niño” y el contenido de los artículos se refieren a los derechos bio-psico-sociales del niño nacido.

La misma declaración de los derechos del niño señala en su preámbulo: «Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”. Tal afirmación no aparece en forma explícita ni en la Convención ni en la DNHBE.

Sabemos bien que hay diferencias en la interpretación de estos principios y en su aplicación al campo de la bioética. Muy importante me parece el hecho de que todas estas declaraciones hacen objeto de su protección al *ser humano* y utilizan el término de *persona* como sinónimo.

Ya que el embrión humano es sin duda ser humano, podría estar protegido por estas declaraciones en forma interpretativa. En especial, me parece que la referencia de protección más directa se encuentra en la Declaración Universal del Genoma Humano,⁵ que en su primer artículo señala: “El genoma humano es la base de la unidad fundamental de todos los miembros de la familia humana y del reconocimiento de su dignidad intrínseca y su diversidad. En sentido simbólico, el genoma humano es el patrimonio de la humanidad.”

Es evidente que el bien protegido por esta declaración no se refiere a la cadena de bases químicas que constituyen dicho genoma (que no pueden tener “dignidad”), sino a la manifestación activada del mismo; esto es, a la persona. La consideración del producto químico *per se*, como bien protegido, sería un reduccionismo incompatible actualmente con la visión científica integral.

En los antecedentes de dicha declaración se hace explícitamente referencia al término de *persona* en referencia al bien protegido por la declaración: “Reconociendo, que las investigaciones sobre el genoma

humano y sus aplicaciones abren inmensas perspectivas de mejoramiento de la salud de los individuos y de toda la humanidad, pero destacando que deben al mismo tiempo respetar plenamente la dignidad, la libertad y los derechos de la persona humana, así como la prohibición de toda forma de discriminación fundada en las características genéticas". La intención de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano incluye claramente una idea simbólica de respeto y límite hacia lo que puede realizarse o no, sobre este sujeto.

Dada la referencia a los derechos de la persona, a través de los límites que la declaración señala respecto al uso del genoma humano, claramente es referencia al cuerpo humano vivo: esto es, a la corporeidad y no solamente a la porción material del sujeto.

Pero, ¿es esto suficiente?

Reflexión final

Un ejemplo interpretativo acaba de suceder en Europa apenas en julio del 2004. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (ETD) rechazó que el feto pudiese tener un estatus jurídico propio. El ETD consideró que no hubo violación al artículo 2 (Derecho a la vida) de la Convención Europea de Derechos Humanos por parte de Francia. Según el ETD, "el punto de inicio del derecho a la vida depende de la apreciación de los Estados", que, en el caso de Europa "todavía no se ha llegado a dar una solución a esta cuestión" y existe una "ausencia de consenso sobre la definición científica y jurídica del inicio de la vida". En el caso de Francia, esta cuestión es actualmente objeto de debate. Sobre lo único en que parece haber consenso es en que es la potencialidad de este ser y su capacidad de convertirse en una persona, lo que debe ser protegido en nombre de la dignidad humana, sin hacer por ello (del feto) una persona que tendría derecho a la vida en el sentido del artículo 2: "El tribunal está convencido de que es ni deseable ni incluso posible actualmente responder de forma abstracta a la cuestión de si el niño que va a nacer es una persona en el sentido del artículo 2 de la Convención". Los términos de esta sentencia, sin duda, ponen nuevamente en la mira los derechos embrionarios, los

cuales deberían ser contundentemente afirmados, en forma explícita, por las legislaciones nacionales e internacionales.

Aunque es encomiable el esfuerzo de la UNESCO para unificar criterios respecto a las normas de la práctica en bioética, en el tema específico de la protección al embrión humano, base de gran parte de las discusiones, no hay claridad, puesto que la referencia explícita solamente se encuentra en un documento de tercera referencia tomado dentro de los antecedentes y que posee menor vinculación jurídica; esto es, la Declaración de los Derechos del Niño. En el Documento de referencia directa, la Convención de los Derechos del Niño, no hay claridad suficiente, y ello puede tener consecuencias directas sobre las decisiones de los comités de bioética y/o formativas sobre derechos humanos.

Debido a que su protección en la DNHBE no es explícita sino solamente interpretativa, el trabajo de concientización y cabildeo deberá ser continuado sin duda.

Referencias bibliográficas

² UNESCO. Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=2516&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

³ UNESCO. Declaración de las Normas Universales en Bioética http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=24174&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

⁴ ONU. Convención sobre los Derechos del Niño ratificada por la ONU en 1989. *Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990.* http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2cre_sp.htm

⁵ UNESCO. Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Comparación entre V. E. Frankl y Emmanuel Mounier: una reflexión antropológica y metodológica

*Ignacio Carrasco de Paula**, *María Magdalena Mangione***

Resumen

En el centenario del nacimiento del psiquiatra vienés V.E. Frankl y del filósofo E. Mounier, se ha hecho una comparación entre sus propuestas antropológicas. Ambos autores vivieron de manera paralela los años trágicos del siglo veinte, se expusieron por la fe en los propios ideales, y pagaron en primera persona, ofreciendo con el testimonio de la propia vida una enseñanza muy grande. Ambos han dejado una huella importante en la historia y en el pensamiento aún no siendo filósofos en sentido tradicional: uno, psiquiatra y otro, filósofo fuera de la academia.

Los estudios antropológicos elaborados por ellos buscan profundizar las dimensiones de la persona sin caer en descripciones reductivas en sentido determinista, y sin hacer fragmentaciones ni divisiones. Resaltan la integridad de la persona humana a través del reconocimiento de su apertura a la espiritualidad y a la trascendencia.

Se saca a la luz el recurso de una metodología con raíces antiguas: el uso de las metáforas de naturaleza geométrica para expresar semejanzas eficaces, y, en nuestro caso, adapta-

* Ignacio Carrasco de Paula: Investigador. Instituto de Bioética.

** Facultad de Medicina y Cirugía "Agostino Gemelli". Universidad Católica del Sacro Cuore.

das para expresar la unidad de la persona irreducible a una simple suma de partes. El auspicio es que la conmemoración de aniversarios tan importantes se acompañe con el rescate del pensamiento de autores que tienen mucho que decir, sobre todo, cuando la actualidad registra formas peligrosas de negación de la dignidad humana.

Summary

Comparison between V.E. Frankl and E. Mounier: an anthropological and methodological reflection

In the centenary of their birth, a comparison has been made between the anthropological views of V.E. Frankl and E. Mounier. These Authors lived the tragic years of the twentieth Century in a parallel way, exposing themselves for the faith in their ideals, paying for them personally and giving a great teaching with the testimony of their life. Both left an important sign in the history of thought, even if they are not philosophers in a traditional way: one is a psychiatrist, the other one is a philosopher, but outside the academy.

The Anthropological studies they both elaborated aim to deepen the person dimensions, avoiding to fall in reductive descriptions in a deterministic sense, not making fragmentation or divisions, but making emerging human person integrity, through the acknowledgement of his/her opening to spirituality and transcendence.

We underline the recourse to a methodology which has ancient roots: using geometrical metaphors to express effective similitudes and, in our case, suited to signify the person unity, irreducible to a sum of parts.

We wish that commemoration of important anniversaries be accompanied with the renewal of the thought of Authors that has still a lot to say, above all, when recent events show dangerous forms of human dignity negation.

Palabras clave: personalismo, persona, ontología.

Key words: personalism, person, ontology.

V.E. Frankl y E. Mounier: no solamente un aniversario en común, sino sobre todo, el estudio de la persona en todas sus dimensiones

Los aniversarios tienen el mérito de hacer converger la atención de un gran número de estudiosos en un mismo tema, logrando así recordar y dar banderazo a una serie de celebraciones que llevan a nuevas contribuciones en un determinado campo del saber.

1905 señala el nacimiento de dos hombres insignes no sólo en el campo del pensamiento, sino también por el luminoso ejemplo de vida que dejaron. Queremos recordar que nacieron al inicio de un siglo martillado por toda clase de totalitarismos, guerras, violencia, persecuciones e injusticias. Pero también se ha tratado de un siglo que ha sellado la afirmación de los derechos humanos gracias al florecimiento de estudios sobre la persona. De la definición del "siglo más sangriento" se pasa, en efecto, también a la del "siglo de la persona".¹

El personalismo como fenómeno histórico nace en Francia a principios de los años 30, gracias al esfuerzo de Mounier,² filósofo y publicista, nacido en Grenoble el 1 de abril de 1905. De cualquier manera, se ha de señalar que el intento de Mounier no era tanto crear un sistema filosófico sino una "matriz filosófica." Como aclara a Rigobello, Mounier ha heredado el personalismo más que crearlo "y lo ha heredado de la doble tradición romana y cristiana, en cuanto que personalmente su pensamiento ha estado más cerca del amor que del derecho".³

Pero además de ser el fruto de reflexiones filosóficas destinadas a dejar una huella considerable, la persona ha representado un paradigma también en el ámbito propiamente científico: tal es el caso de las ciencias humanas y sociales. "En todas estas ciencias, existen diversas escuelas que privilegian a la persona en la dimensión personalista e ideográfica, a través de un estudio de carácter empírico y, es precisamente esta caracterización, la que califica estas orientaciones presentadas como personologías".⁴ Entre estas podemos sin duda men-

cionar la logoterapia de Frankl conocida también como análisis existencial.

El 27 de marzo pasado fue el centenario del nacimiento de Frankl, psiquiatra austriaco y gran humanista, fundador de la logoterapia, definida por Wolfgang Soucek como “tercera escuela vienesa de logoterapia”.⁵

La larga vida de Frankl desaparecido a la edad de 92 años se ha señalado por las tremendas vicisitudes de los campos de exterminio. Pero lo que es extraordinario es que los sufrimientos padecidos no lograron más que reforzar su confianza en el hombre, manteniendo “una fe incondicional en un sentido incondicionado de la vida”.⁶

Podemos decir que ha logrado sobrevivir a los *Lager* gracias a la capacidad definida por él como autotranscendencia, entendida como “orientación de la existencia humana más allá de sí, hacia algo que no es sí misma”.⁷

Los puntos de contacto entre los dos grandes hombres que hemos recordado van ciertamente más allá del año de nacimiento. Ambos han afrontado la reflexión antropológica de manera original y sobre todo libre, fuera de las grandes escuelas o academias. Han considerado la experiencia de vida como una ocasión privilegiada para estudiar al hombre, tomando de él la concreción y, al mismo tiempo, la apertura a la espiritualidad. Pero aquello que se intenta proponer es poner en evidencia la continuidad con un método no ciertamente nuevo en la historia del pensamiento. Dicho método hace referencia a la matemática y, los ejemplos que se deducen de ella, sirven para explicitar los conceptos. Entre tantos filósofos que se podrían citar podemos recordar a Nicolás de Cusa, que en su obra *La Docta ignorancia*, sostiene que la matemática es de grandísima ayuda en el aprendizaje de las diversas verdades”.⁸

Y efectivamente, sea Mounier o Frankl, ambos cumplen la misma obra en la empresa de construir una antropología que sea más allá de una simple descripción de las funciones psicofísicas del hombre (aun con implicaciones de tipo reduccionista o mecanicista e incluso ideológico). Sino más bien, una que sea respetuosa de la naturaleza racional y del misterio presente en todo hombre, concebido como realidad única e irrepetible cuya dignidad está unida a su trascendencia. Así, ambos recurren a la utilización de las tres dimensiones de los sólidos

geométricos: Mounier habla del volumen dimensional; Frankl nos propone su ontología dimensional, yendo más allá del inevitable allanamiento de las figuras planas e insertándose así en una tradición muy antigua.

La ontología dimensional de V. E. Frankl

Al proponer una concepción antropológica que representa el fundamento del propio modelo terapéutico, la logoterapia, Frankl manifiesta la intención de elaborar una propuesta que no es, en algún modo, reduccionista; es decir, se manifiesta en contra de la cada vez más frecuente tendencia a describir los seres humanos con expresiones puramente biológicas o como computadoras particularmente perfeccionadas.

Expresa también algunas reservas en la relación con Hartmann y Scheler, los cuales han hablado de grados o de estratos, quedando así lejanos de la unidad antropológica de la cual ha hablado Tomás de Aquino.

“Yo mismo he buscado simultáneamente hacer justicia de las diferencias ontológicas y de la unidad antropológica con aquello que he llamado antropología y ontología dimensional. Este acercamiento usa el concepto geométrico de dimensiones como analogía para las diferencias cualitativas que no destruyen la unidad de una estructura”.⁹

Exponiendo los conceptos de la ontología dimensional, Frankl ilustra sus dos leyes: la primera establece que el mismo fenómeno proyectado sobre diferentes planos da origen a figuras diversas y en contraste entre ellas. Un cilindro, en efecto, proyectado sobre un plano lateral dará lugar a las imágenes de un rectángulo, mientras sobre aquel de base producirá un círculo. La segunda ley dice, en cambio, que fenómenos diversos proyectados sobre el mismo plano darán origen a imágenes similares generando ambigüedad. El ejemplo es el de un cilindro, un cono y una esfera que, proyectados sobre el plano en su base, darán lugar a una imagen circular sin permitir distinguir el origen de cada una.

“Apliquemos lo que se ha dicho hasta aquí al hombre. Privado de la dimensión específicamente humana y proyectado en el plano de la

biología y de la psicología el hombre, deja aparecer dos diversas imágenes de sí recíprocamente contrastantes. La proyección sobre el plano biológico pondrá en luz sólo los fenómenos simpáticos, mientras la proyección sobre el plano psicológico revelará exclusivamente los fenómenos psicológicos. En la perspectiva de la ontología dimensional, sin embargo, la oposición hasta ahora presentada no daña la unidad del hombre. Al mismo tiempo, el contraste entre el rectángulo y el círculo no contradice el hecho de que trata de dos proyecciones del mismo sujeto, es decir del cilindro.¹⁰

También el problema de la libertad puede ser afrontado a través del método de la ontología dimensional. En efecto, cuando el hombre se detiene en el plano somático, produce sólo un cuadro constituido por instintos; mientras si se proyecta sobre el plano psicológico, da lugar a un sistema cerrado de reacciones psíquicas más o menos imaginables e interpretables. Estas situaciones no están en contraste con la humanidad del hombre, representan una explicación de ella pero no exhaustiva. Frankl considera necesario completar este tipo de explicaciones con la apertura a una dimensión superior, entendiéndolo por tal como “una dimensión mayormente comprensiva”.¹¹

En la capacidad del hombre de trascenderse, Frankl ha visto precisamente la esencia de la existencia que llega a ser auténtica sólo si es vivida a la luz de valores e ideales. Las manifestaciones más impaciantes de la capacidad de autotranscendencia son para el psiquiatra vienes el amor y la consciencia. La tensión del hombre, sea hacia otra persona o hacia un significado, dan razón de esta capacidad humana intrínsecamente ligada a su estructura espiritual.

“El amor es, diría yo, la capacidad que hace al hombre capaz de adherirse a otro ser humano en su específica unicidad. La consciencia, a su vez, es aquella capacidad que lo hace apto para captar el significado de una situación en su unicidad y, en último análisis, el significado es también algo único. Así también lo es cada persona. En último análisis, toda persona es insustituible y si no por ningún otro, al menos lo es por aquello por lo cual es amada”.¹²

Si Frankl no considera resuelto el problema psicofísico si sostiene que la propia propuesta demuestra la dificultad del problema, no capaz de ser resuelto a través de los esquematismos de tipo biológico o psicológico. Además afirma que la unidad del hombre “debe ser bus-

cada en aquella dimensión no ética, partiendo de la cual el hombre es proyectado al primer puesto".¹³ Al describir al hombre como una totalidad, Frankl afirma al mismo tiempo la particularidad y unicidad de todo ser humano. "El individuo, en efecto, se caracteriza por su singularidad, irrepetibilidad y finitud y, a diferencia de cuanto se ha afirmado por otras escuelas de pensamiento, por ser una totalidad psico-física-espiritual que no concibe separaciones de ninguna clase porque "ser persona significa ser absolutamente diverso de otro hombre".¹⁴

Precisamente, la apertura a la trascendencia abierta, recurriendo a la dimensión espiritual, permite hacer explícita "la peculiaridad de la humana presencia". La esencia del hombre se manifiesta solamente cuando se entra en la dimensión de la espiritualidad. Sólo introduciendo esta tercera dimensión, el hombre aparece en su verdadera humanidad".¹⁵

Reconocer la existencia de esta tercera dimensión significa también respetar las demás (dimensiones) que son conservadas, comprendidas al interno, asumiendo el carácter de dimensiones de la persona. La realidad humana no puede ser conocida ni descrita a través de separaciones y subdivisiones.

Según Frankl, "el hombre es un ser que decide y continuará siempre decidiendo aquello que es y aquello que será el próximo instante: por lo cual, para comprender la integridad de su ser no es posible considerarlo desde un sólo punto de vista, sino que es necesario desarrollar una visión antropológica que envuelva todas las dimensiones de la existencia humana".¹⁶

El "volumen" de la persona de E. Mounier

También Mounier, en sus reflexiones sobre la persona, recurre a una modalidad descriptiva que reconoce una matriz de naturaleza geométrica. Lo hace con palabras táctiles, que dejan transparentar la misteriosa complejidad de la persona y, al mismo tiempo, la irreductibilidad sea a un simple agregado de fenómenos que a un "organismo" sujeto sólo a las leyes biológicas.

“Podemos no por nada describir a la persona con base en el volumen en el cual se presenta esta presencia. No basta imaginarla simplemente bajo la forma de un punto invisible de convergencia que esté más allá de todas sus manifestaciones. La persona no es un lugar en el espacio, un dominio circunscrito que puede ser anexado a otros dominios del hombre que lo añadan desde fuera. La persona es el volumen total del hombre. Es equilibrio en longitud, en amplitud y en profundidad. Es en todo hombre una tensión entre sus dimensiones espirituales, aquella que sale de lo bajo y se encarna en un cuerpo; aquella que está dirigida hacia lo alto y la lleva hacia una comunión. *Vocación, encarnación, comunión son las tres dimensiones de la persona*”.¹⁷

Mounier recurre a una comparación eficaz para demostrar la coexistencia de las tres dimensiones en una unidad indivisible, de manera que evite el peligro de utilizar representaciones vagas como podrían ser aquella de “un punto invisible de convergencia”,¹⁸ que llevaría a simplificar toda la complejidad del hombre en su singularidad. Tampoco recurre al ejemplo de una figura bidimensional, “un lugar en el espacio, un dominio circunscrito”.¹⁹ Porque no tendría en sí su propia consistencia sino que podría ser fácilmente asimilado o englobado en otras representaciones. Recordamos las iluminadas palabras de Frankl a propósito del riesgo de reduccionismo cuando se quiere describir al hombre como un fenómeno de solamente dos dimensiones, la física y la psíquica o mental, omitiendo la espiritual.

Así como Frankl, no buscaba cancelar las explicaciones psicofísicas, sino superarlas reconociendo la naturaleza compleja del ser humano con más dimensiones. De esta forma, Mounier también ha buscado evitar los peligros de un humanismo desencarnado que negase la multiplicidad de las dimensiones de la realidad de la persona. “Mi persona es encarnada. Por tanto no puede jamás liberarse completamente, en las condiciones en que se encuentra, de la esclavitud de la materia. Pero no basta: no puede rebelarse si no pesando sobre la materia. Querer huir de esta ley, significa condenarse de antemano al fracaso. Quien quiere ser sólo ángel, se convierte en bestia. El problema no está en la evasión de la vida sensible y particular que se desarrolla entre las cosas en el seno de sociedades limitadas, a través de los sucesos, sino en transfigurarlas”.²⁰

La metáfora geométrica para expresar el dinamismo de la persona

Tanto Frankl como Mounier persiguen el intento de afirmar la integridad de la realidad de la persona. Pretenden hacer emerger la unidad a través de un estudio antropológico que no sea una simple descripción que caiga en una especie de determinismo racionalista.

Precisamente para evitar malos entendidos, hablar del ser humano (a través del recurso a la tridimensionalidad) permite salvaguardar la unidad, indivisible e indescomponible como sucede en los sólidos geométricos.

“La elección de la metáfora geométrica y del vocablo dimensiones” (más que niveles o estratos), representa no solamente una opción de tipo terminológico, sino que reviste un particular interés de carácter epistemológico: permite salvaguardar la unidad múltiple siempre convencionalmente descomponible por obra de las varias disciplinas científicas y, sin embargo, siempre trascendiendo a cada uno de los singulares puntos de vista disciplinarios”.²¹

Emerge el carácter de esta elección que expresa congruencia con la verdadera naturaleza del hombre a través del aspecto heurístico de ejemplos tan particulares. No se niega nada de aquello que pertenece al hombre, más bien se hace emerger toda su profundidad a través del reconocimiento de sus diversas dimensiones que concurren todas a componer y formar aquel “volumen”, irreductible a una simple suma de partes. La geometría es en este caso un vehículo de significados que por analogía nos resultan más comprensibles sin perder su connotación.

Precisamente en los comentarios a Boecio, el Aquinate expresa con eficaz simplicidad lo apropiado de este método. A través de algunas figuras, se hacen accesibles al intelecto algunos conceptos que con otros ejemplos menos incisivos no resultarían claros de igual manera.

“Los mismos entes matemáticos (como la línea, el número y otros del tipo) caen más bien bajo los sentidos y son disponibles a la imaginación; y por eso el intelecto humano puede recavar de los fantasmas su conocimiento con mayor facilidad y mayor certeza que aquellas que es posible obtener al conocer una inteligencia o también la

quiddidad de una sustancia, el acto, la potencia u otra cosa del tipo”.²²

El mismo Frankl recuerda el pensamiento de Nicolás de Cusa demostrando conocer su pensamiento en particular a propósito del parangón entre unidad y trinidad. Es esta una operación completada por el pensamiento de Kues al mostrar cómo la unidad expresa contemporáneamente la indivisión, la distinción y la conexión y se afirma como trinidad. “La *coincidentia oppositorum*, según la terminología de Nicolás de Cusa, no es posible en el ámbito de dos planos de intersección en una prospectiva bidimensional, sino únicamente a nivel tridimensional; en la dimensión próxima más alta encontramos la *Unitas multiplex*, según la definición que el Aquinate da del hombre. No se trata entonces de una unidad en la multiplicidad, sino más bien de una unidad no obstante la multiplicidad”.²³

Todavía en otro pasaje, Frankl recalca la apropiación y la riqueza de significado del recurso a comparaciones geométricas en el ámbito antropológico: “el idéntico ser es, por así decir, uno y trino, o sea que constituye una unidad pero al mismo tiempo se articula en los tres momentos de los cuales se ha hablado”. Como tal, representa un verdadero *mysterium*. Sólo por analogía podemos efectivamente comprenderlo. En este sentido nuestra teoría dimensional representa un intento de aproximación *more geometrico*”.²⁴

Conclusiones

El cotejo entre Frankl y Mounier representa un terreno muy fecundo. Las semejanzas se pueden encontrar mirando muchos ámbitos sobre los cuales esperamos contribuir al elaborar ulteriores profundizaciones. En este caso se ha buscado cumplir una operación de recuperación de una metodología que parte de lejos y que puede todavía decir muchas cosas sobre la persona, válidas para nuestros tiempos.

Lo que auguramos es que la celebración de los aniversarios no sea simplemente una ocasión para recordar el valor de la figura de uno u otro estudioso (cosa ya de por sí importante y meritoria, y en ciertos casos necesaria a causa tal vez de un olvido injustificado). Debe re-

presentar el punto de arranque para desarrollar ulteriores reflexiones fecundas para el momento que se vive.

Mounier y Frankl pueden sin duda constituir una fuente de ideas válidas para desarrollar un discurso sobre la persona que nos permita articular de manera racional; es decir, una forma abierta a la búsqueda de la verdad y una búsqueda a respuestas de los dilemas de la bioética.

En el debate actual sobre estos temas, el peligro más grande que advertimos es la voluntad de reducir la persona humana no reconociendo su dignidad y desconociendo su puesto en lo creado. Es la voluntad que intenta anular la diferencia que distingue a la persona de las otras criaturas, lo que nos lleva a un reduccionismo que devalúa a la vida humana.

El respeto auténtico hacia la persona se manifiesta cuando se reconoce la peculiaridad de su ser, la multiplicidad de las dimensiones que la caracterizan en una unidad irreducible a una suma de partes. La apertura a la trascendencia está intrínsecamente presente en todo su ser. La constituye en cuanto persona y no puede ser negada con razonamientos de carácter científico.

Las formas de personalismo o de personología que se han expresado en el siglo XX, pueden dar todavía muchos frutos. Nosotros auspiciamos que las palabras de Frankl y de Mounier sean ampliamente escuchadas por todos aquellos que defienden el valor de la vida humana y la incommensurable dignidad de la persona.

Referencias bibliográficas

¹ GALEAZZI G., Personalismo y personalismo. Historia y significados. *Medicina y moral* 2004, 2: 241-263, p. 246.

² ROGOBELLO A. (a cargo de), *El personalismo*. Roma: Ciudad Nueva, 1978:7.

³ *Ibid.* p. 137.

⁴ GALEAZZI, Nacimiento y desarrollo del personalismo. En *El personalismo*. Milán Editorial

⁵ SOUCEK W., Die existenzanalyse Frankl, die dritte Richtung der Wiener psychotherapeutischen Schule. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1948, 73:594-595.

⁶ FIZZOTTI E., CARELLI R., *Logoterapia applicata. Da una vita senza senso a un senso Della vita.*, Brezzo di Bedero: Salcom, 1990:55.

⁷ Retomado por Vanzan P., Víctor Emil Frankl. La logoterapia como búsqueda del sentido de la vida. *La Civiltà católica* 2005, 2: 139-152, p. 145.

⁸ CUSANO N., *La Dotta ignoranza*. Milano: Fabbri, 1997: 75.

⁹ FRANKL V. E., *Senso e Valori per l'esistenza. La risposta Della logoterapia*. Roma: Città Nuova, 1994: 38.

¹⁰ *Ibid.*, pp. 39-40.

¹¹ *Ibid.*, p.41.

¹² *Ibid.*, p. 34.

¹³ *Ibid.*, p. 39-40.

¹⁴ FRANKL V. E., *Logoterapia e analisi esistenziale, Brescia: Morcelliana*, 2001: 114.

¹⁵ BRUZZONE D., *Autotrascendenza e formazione, Milano: Vita e Pensiero*, 2001: 189.

¹⁶ VANZA, *Victor Frankl. La logoterapia...*, p. 145.

¹⁷ MOUNIER E., *Rivoluzione personalista e comunitaria*, (trad. It. A cura di L. FUÁ), Milano: Edizioni dei Comunità, 1955:90.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*, p. 92.

²¹ BRUZZONE D., *Autotrascendenza e formazione*, Milano: Vita e pensiero, 2001: 190.

²² TOMMASSO D'AQUINO, *Super Boethium De Trinitate*, q. VI, art. I, in *Commenti a Boezio*, a cura di P. Porro), Milano: Rusconi, 1997.

²³ FRANKL V. E. *Determinismo e umanesimo*, *Humanitas* 1976, 31 (11): 875.

²⁴ *Id. Teoria e terapia delle nevrosi*, Brescia: Morcelliana, 1962-1978:223.

Diagnostic frequency and principal problems of clinical ethics in general medical practice

Giovanni Fantacci*

Resumen

Existen 15,000 especialistas que practican la medicina en Suiza, incluyendo 3,000 médicos generales y 3,000 internistas (dentro de los que se incluyen: 300 reumatólogos, 300 cardiólogos y 200 gastroenterólogos). Combinados con los 670 pediatras, esto nos lleva a alrededor de 6,000 proveedores básicos del cuidado de la salud.

Los médicos generales juegan un rol muy importante en el sistema de salud. La mayoría de los pacientes están satisfechos con su médico. Mediante esta función, existen muchas oportunidades para controlar (por Ej., si ciertas investigaciones costosas se deberían de llevar a cabo, o si una cirugía es o no útil y necesaria). Sus estrategias clínicas difieren fundamentalmente de aquellas llevadas a cabo por los especialistas. Los médicos generales, por lo general, más que llegar a diagnósticos precisos, buscan descartar problemas que no están presentes (por Ej. asegurarse de que no se llegue a presentar un resultado peligroso que pudo ser prevenido).

Durante los últimos 5 años de mi práctica, se han compilado los diagnósticos y tratamientos efectuados en la consulta por una semana dos veces al año, con la finalidad de ser estudiados. Cada año, se proporcionan 7,500 consultas a 2,200 pa-

* Médico general FMH, Suiza.

cientos distintos. La edad promedio del grupo de pacientes es baja, es de 33 años, ya que muchos de mis pacientes son casos pediátricos y acuden a recibir inmunizaciones.

Las guías de tratamientos actuales recomiendan esquemas de tratamiento más complejos (por Ej. los pacientes con diabetes mellitus). Se supone que ellos deben de recibir, además de los medicamentos antidiabéticos, aspirina y un reductor del colesterol, ya que, desde el punto de vista de riesgos, ellos son tratados como pacientes con infarto al miocardio. Esta medida, por sí misma, eleva mucho los costos en la atención médica.

¿Qué es lo que se supone que debe de hacer un médico general? La división propuesta por Jonson, Siegler y Winslade dentro de las indicaciones médicas y las preferencias de los pacientes, calidad de vida y aspectos generales al examinar cada caso individual, funciona muy bien para los casos de todos los días, incluyendo a los pacientes terminales, en quienes los retos éticos son especialmente grandes.

Lo anterior implica seguir un camino que se ubica entre los deseos del paciente para encontrar las opciones terapéuticas y, al mismo tiempo, la tolerancia de su impotencia para enfrentar una enfermedad terminal. Por ejemplo, recientemente, un oftalmólogo recomendó una cirugía de extracción de catarata para un paciente con enfermedad terminal. Le aconsejé al paciente que no aceptara, ya que él no obtendría ningún beneficio de esta cirugía. Él murió cuatro semanas más tarde a causa de su enfermedad terminal. En un caso como éste, el médico general actúa como responsable ante la sociedad evitando costos no necesarios.

Somos confrontados frecuentemente por pacientes que lleven un estilo de vida no saludable (fumadores, obesos, adictos a drogas) o, quienes por varias razones, no siguen las indicaciones terapéuticas (por ej. diabéticos que no siguen la dieta indicada o no toman sus medicinas). Es necesaria una gran paciencia para tratar con este tipo de pacientes y uno es constantemente confrontado por situaciones éticas límite (por ej. un

paciente con cirrosis hepática que continúa ingiriendo alcohol a pesar de que ha estado internado en el hospital para ser atendido de sangrado por várices esofágicas).

Abstract

There are 15,000 specialists practising medicine in Switzerland, including 3,000 each of general practitioners and internists (the number of internists includes 300 rheumatologists, 300 cardiologists and 200 gastroenterologists). Combined with the 670 pediatricians, this comes to some 6,000 basic providers.

The GP plays an important key function in the health system. Most patients are satisfied with their doctor. In this function, there are opportunities for control, e.g. whether certain expensive investigations should be performed, or whether operations are useful and necessary. Their clinical strategies differ fundamentally from those of the specialists: The GP much more often has to rule out what is not present (i.e. be certain that there is no preventable potentially dangerous outcome), than he can make a precise medical diagnosis.

During the past 5 years in my practice, diagnoses and treatments from consultations have been recorded twice annually for one week in the frame of a study. Each year 7,500 consultations are held, with 2,200 different patients. The average age of the patient group is low, at 33 years, since I see many pediatric cases and conduct immunisations.

The current treatment guidelines recommend ever-more complex treatment schedules, e.g. for diabetes mellitus patients. They are now supposed to receive, in addition to antidiabetic drugs, Aspirin Cardio and a cholesterol reducer; since from the point of view of risk, they are treated the same as myocardial infarction patients. This measure alone triggers a huge rise in costs. What is the GP supposed to do? The division proposed by Jonsen/Siegler/Winslade into medical indication/ patient prefe-

rences/ quality of life and contextual aspects to examine each individual case works well for everyday practice, including for terminal patients, in whom ethical challenges are especially great. This involves following a path between the wishes of the patient to find therapeutic options and at the same time to tolerate their powerlessness in the face of a terminal illness. For example, an ophthalmologist recently recommended a terminally-ill patient for a cataract operation. I advised the patient against it, since he would not get any benefit from this operation. He died four weeks later from the underlying disease. In a case like this, the GP also bears a responsibility towards society, by avoiding unnecessary costs.

We are often confronted by patients with an unhealthy lifestyle (smoking, overweight, drugs) or who, for various reasons, fail to follow therapeutic advice (e.g. not keeping to the diabetes diet or insufficient compliance in taking medicines). It takes a lot of patience to deal with such patients and one is constantly confronted by ethical borderline situations (e.g. a patient with cirrhosis of the liver continues to consume alcohol, even though he has just been in hospital for an oesophageal variceal bleeding).

Palabras clave: medicina general, calidad de vida, relación médico-paciente.

Keywords: general practice, quality of life, patient-doctor relationship.

Introduction

There are 15,000 specialists practising medicine in Switzerland, including 3,000 general practitioners and internists (the number of internists includes 300 rheumatologist, 300 cardiologists and 200 gastroenterologist). Combined with the 670 paediatricians, this comes to some 6,000 basic providers.

The GP plays an important key function in the health system. Most patients are satisfied with their doctor. In this function, there are opportunities for control, e.g. whether expensive investigations should be performed, or whether operations are useful and necessary. Their clinical strategies differ fundamentally from those of the specialists: The GP much more often has to rule out what is not present (i.e. be certain that there is no preventable potentially-dangerous outcome), than he can make a precise medical diagnosis.

General practice is a mirror image of the social reality in terms of the incidence of illness and health problems. The GP comes into contact with every possible problem and has a coordinating task in the overall care of polymorbid patients. He can also work cost-effectively, in that he is familiar with the previous history of the patient. A relationship of trust has built up over a number of years, in which, too, essential questions about life and death are discussed. The GP's position is now under threat. Many young colleagues are training as specialists and there is no new blood coming into general practice.

The essential characteristics of general medicine will be highlighted next, after which some special ethical challenges will be examined.

In 2002, the European Society of General Practice, WONCA, issued some fundamental ideas on the characteristics of general practice, which will be reproduced here.

The European definition of general practice / family medicine

The characteristics of general practice

A) General practice is normally the point of first medical contact within the health care system and guarantees open and unlimited access for all users and for all health problems, regardless of the age, sex or any other characteristic of the person concerned.

B) It makes efficient use of the resources of the health care system by coordinating care, cooperating with other professionals in the primary care setting, and by managing the interface with other specialties, where, if necessary, it takes on the role of advocate for the patient.

C) It adopts a person-centred approach, which is oriented to the individual as well as his or her family and community.

D) It uses a special consultation process, which allows a long-term treatment relationship to be built up through effective communication between doctor and patient.

E) It is responsible for the provision of long-term continuity of care as determined by the needs of the patient.

F) It has a specific decision-making process, which is determined by the prevalence and incidence of illness in the population.

G) It simultaneously concerns itself with the acute and the chronic health problems of individual patients.

H) It is concerned with illnesses which present in an undifferentiated way at an early stage of their development and may require urgent intervention.

I) It promotes health and well-being by appropriate and effective intervention.

J) It bears a specific responsibility for the health of the community in general.

K) It deals with health problems in their physical, psychological, social, cultural and existential dimensions.

The person-centred approach in general practice and consideration of the needs of the patient are the central concern of the GP. There are hundreds of guidelines and directives, but ultimately it is the doctor who must determine the right treatment for the individual patient. No robot or virtual physician can take over this task. There is a relationship between the patient and the doctor within which worries and considerations about the planned treatment can be expressed. There are a wide variety of computer platforms now available to patients. However, laymen often cannot correctly assess the individual items of information. This requires someone with specialist knowledge, who can look at and correctly assess the existing information. Not every piece of information is of equal importance.

Ethics as the basis for medical conduct

The basis for proper conduct is an ethical foundation for the doctor: How does he himself evaluate illness, life and death? What does he

see as life's challenges, how much experience of life does he himself have? This is not just a question of specialist knowledge. A frequent observation is that the patient group becomes older as the doctor ages. Evaluations can also alter during one's lifetime. The Hippocratic Oath, which came into being in about 270 B.C., continues to be important to medical practice, far from any concept of benefit. So it reads: "I will treat the sick according to my best ability and judgment, and I shall refrain from that which will be harmful and injurious.

I will give no-one a lethal poison, not even if they ask for it, and nor will I suggest such a plan."

It is not the right of the doctor to assess life according to its value. He must intercede for each individual patient and treat him to the best of his knowledge and belief. In today's complex world, it is difficult to find one's way through the multitude of medical options. The division proposed by Jonsen/Siegler/Winslade into medical indication/patient preferences/ quality of life and contextual aspects in order to examine each individual case works well for everyday practice, including for terminal patients, in whom ethical challenges are especially great. Problems can thus be examined as fresh time and time again. The act of dealing with medical ethics enables the doctor to respond more skilfully. The cost pressure from insurers can lead the doctor into wrong decisions. At the same time, there is a need to allocate the available resources appropriately among his patients. Important terms in this connection are patient autonomy, quality of life and the dignity of the patient. The authors have formulated an overview of the basic questions which can arise in a clinical situation.

Medical indications

The Principles of Beneficence and Nonmaleficence

1. What is the patient's medical problem?
2. History? Diagnosis? Prognosis?
3. Is the problem acute? Chronic? Critical? Emergent? Reversible?
4. What are the goals of treatment?
5. What are the probabilities of success?
6. What are the plans in case of therapeutic failure?
7. In sum, how can this patient be benefited by medical and nursing care, and how can harm be avoided?

Patient preferences

The Principle of Respect for Autonomy

1. Is the patient mentally capable and legally competent? Is there evidence of incapacity?
2. If competent, what is the patient stating about preferences for treatment?
3. Has the patient been informed of benefits and risks, understood this information, and given consent?
4. If incapacitated, who is the appropriate surrogate? Is the surrogate using appropriate standards for decision making?

5. Has the patient expressed prior preferences, e.g. Advance Directives?
6. Is the patient unwilling or unable to cooperate with medical treatment? If so, why?
7. In sum, is the patient's right to choose being respected to the extent possible in ethics and law?

Quality of life

The Principles of Beneficence and Nonmaleficence and Respect for Autonomy

1. What are the prospects, with or without treatment, for a return to normal life?
2. What physical, mental, and social deficits is the patient likely to experience if treatment succeeds?
3. Are there biases that might prejudice the provider's evaluation of the patient's quality of life?
4. Is the patient's present or future condition such that his or her continued life might be judged undesirable?
5. Is there any plan and rationale to forgo treatment?
6. Are there plans for comfort and palliative care?

Contextual features

The Principles of Loyalty and Fairness

1. Are there family issues that might influence treatment decisions?
2. Are there provider (physicians and nurses) issues that might influence treatment decisions?
3. Are there financial and economic factors?
4. Are there religious or cultural factors?
5. Are there limits on confidentiality?
6. Are there problems of allocation of resources?
7. How does the law affect treatment decisions?
8. Is clinical research or teaching involved?
9. Is there any conflict of interest on the part of the providers or the institution?

My own practice

During the past 5 years in my practice, diagnoses and treatments from consultations have been recorded twice annually for one week in the frame of a study. Each year, 7,500 consultations are held, with 2200 different patients. The average age of the patient group is low, at 33 years, since I see many pediatric cases and conduct immunisations.

The following picture emerged on evaluation of the questionnaires; the comparison group consists of other GPs. The questionnaires were prepared by IMS Health (Swiss Diagnosis index).

Own practice (1351 consultations, 1737 diagnoses = 100%)

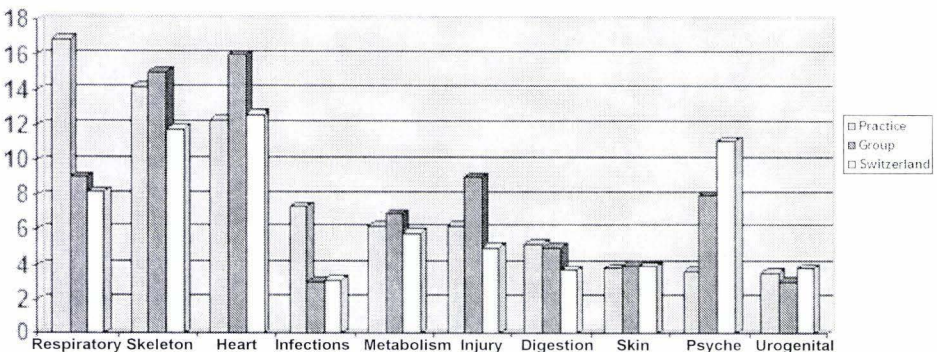
Comparison group (7600 consultations, 10900 diagnoses = 100%)

Diagnoses	Own practice	Comparison group
Diseases of the respiratory system (294 cases)	16.9%	9%
Skeleton/locomotor apparatus (248)	14.2%	15%
Cardiovascular (215)	12.3%	16%
Infections (129)	7.4%	3%
Metabolism (109)	6.2%	7%
Injuries /accidents (108)	6.2%	9%
Digestive system (92)	5.2%	5%
Skin (67)	3.85%	4%
Psyche (63)	3.6%	8%
Urogenital system (61)	3.5%	3%

Diagnoses in the medical practice according to disease groups 2003
 100% = 80.8 million diagnoses (IHA-IMS Health)

Cardiovascular	12.6%
Locomotor apparatus	11.8%
Mental illnesses	11.1%
Nervous system and sensory organs	9.7%
Respiratory system	8.2%
Metabolism	5.8%
Accidents and violence	5.0%
Skin diseases	3.9%
Urogenital organs	3.8%
Digestive system	3.7%
Infections	3.1%
Other	21.3%

In the following table the diagnoses from my own practice have been compared with those of the comparison group and then with the more broadly distributed Swiss diagnosis index of 2003.



If one compares the diagnosis distribution in my practice with that of the comparison group, then it corresponds fairly precisely to it. In a young patient group with children, infections are more common than in an older patient group. I thought it was interesting that general practice reflects the diagnosis distribution in the outpatient domain. Understandably, accidents are more common in general practice compared with specialists, and this also corresponds to the nature of a family doctor's practice as the first point of contact. This can vary from one country to another, as in some countries accident cases go straight to hospital and less often to the GP.

Effective deployment of resources

About 6% of diagnoses relate to the metabolism, and these are mainly diabetes mellitus patients. In the more recent guidelines, it is recommended that diabetes patients are classed as a high-risk group with respect to coronary heart disease and they should therefore as a matter of principle be treated with a cholesterol-reducing medicine. These cost roughly 1000 francs per year and per patient. As diabetes mellitus is the commonest metabolic disease, this measure alone causes an increase in health costs of several million francs. In order to deploy the available resources cost-effectively, it would make sense to look for other markers (e.g. C-reactive protein, CRP) or other risk factors, in order that only those patients who would clearly benefit from it have to be treated.

Every GP is familiar with the vexatious problem of continued nicotine consumption by people with coronary heart disease, arteriosclerosis or emphysema; or the problem of continued alcohol consumption in those with cirrhosis of the liver or oesophageal varices. In many areas, we see self-destructive behaviour. This is where society as well as the GP must alert people to the personal responsibility of the patient. When self-destructive behaviour puts others at risk, e.g. drink-driving, it is the State which has a duty to intervene in the public interest and take the appropriate steps. There is certainly a case to be answered as to whether patients with self-destructive behaviour ought to pay higher premiums for medical cover. Which criteria play

a role in this, e.g. smoking, alcohol, overweight, drugs, is a political decision. For all these types of behaviour, however, there are economic grounds for a greater contribution to costs.

Special ethical challenges in general practice

Dementia patients are a special ethical challenge, since they are often no longer able to make their own decisions. This is when the doctor takes on a responsible role as their representative. He may also be compelled by relatives to make certain decisions. In such cases he must act in the best interests of the patient and his well-being. The same position exists in the case of children when parents act contrary to the best interests of the child's welfare. In this case, the doctor also has legal options, in the sense of child protection, to carry out a treatment against the wishes of the parents. This concerns mainly oncological cases or cases involving child abuse.

Problematic escalation of the conflicts between insurers and doctors

The relationship of trust between doctor and patient is being increasingly undermined by insurers and media, in that doctors are being indiscriminately reviled for driving up costs. This happens when isolated top earners are portrayed as representative of thousands of doctors. Undermining this relationship of trust generates even more costs, since increasing mistrust of doctors on the whole leads to unjustified changing of GPs. A meaningful collaboration between insurers and doctors can only take place on the basis of trust and not with mistrust and a general suspicion that doctors are acting maliciously.

Conclusions

General practice is a mirror image of the incidence of illness in society. The GP plays a central role in the health system, since he can treat

illnesses cost-effectively. When it comes to ethical challenges, the model proposed by Jonsen/Siegler/Winslade offers a good basis for making difficult decisions.

Literature

Albert R. Jonsen/Mark Siegler/William J. Winslade: Clinical ethics. Fifth edition. McGraw-Hill 2002.

Giovanni Fantacci: Euthanasie-Entwicklungen in der Schweiz [Euthanasia – Developments in Switzerland]. *Imago Hominis* 2004; 11:86-91.

Diagnostic statistics: In co-operation with IMS Health (Swiss Diagnosis Index) and *santé-suisse*. Medical statistics from the Swiss Medical Association FMH.

Marc-André Raetzo and Alexander Restellini (ed.): Alltagsbeschwerden. Diagnostische und therapeutische Strategien in der allgemeinmedizinischen Praxis [Everyday complaints. Diagnostic and therapeutic strategies in general medical practice] Published by Huber Bern, 1998.

Ian R. McWhinney: Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000; 6: 135-9.

Karl Deichgräber: Der hippokratische Eid. [The Hippocratic Oath] Hippokrates Verlag Stuttgart, 1983.

Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin. [The European definition of general practice / family medicine]. Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin 2002.

Reflexiones bioéticas acerca del trasplante de mano

*A. Gianelli Castiglione**, *M. Paganelli***, *A. Briadotti***, *F. Ventura****

Resumen

Los autores intentan con este trabajo ofrecer una contribución al análisis de las difíciles problemáticas éticas que derivan de los trasplantes de mano. En el artículo se describe brevemente la historia del primer trasplante y el itinerario que ha conducido, en septiembre de 1998, en Lione, a este tipo de intervención.

Se ha detenido en las complicaciones nacidas inmediatamente que han obligado a fin de cuentas a la amputación del miembro trasplantado, imputando las causas a una superficial valoración psiquiátrica del receptor. Este reciente tipo de intervención obliga a reflexionar, a causa de la novedad y de la particularidad del órgano trasplantable, sobre la oportunidad de aquellos trasplantes llamados "no salvavidas", con base en los riesgos conocidos que conducen una terapia inmunosupresiva a largo plazo. Esto lleva a considerar también el concepto de salud y principios de libertad y autodeterminación.

También se ha interrogado sobre las modalidades de elección de los receptores y sobre el acercamiento más oportuno que hay que considerar respecto al nivel psicológico antes y

* Coordinador del Centro Regional de Trasplantes, oficina regional de coordinación de trasplantes, región Liguria.

** Médico especialista.

*** Médico investigador del Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Génova.

después de la operación. Todas las recientes adquisiciones han sido valoradas en relación con aquello que imponen la legislación italiana y la deontología médica. Se ha hablado también de los vicios de un consentimiento al menos escasamente informado, derivado de la carencia de datos experimentales.

A lo largo del artículo, los autores han evidenciado cómo pueden surgir numerosos interrogantes y obstáculos culturales inconscientes, además de morales, acerca de la adquisición de un órgano que aparece visible más que otros, y que está íntimamente ligado a la propia identidad y personalidad, lo cual hace posible que sea percibido como extraño e intolerable por parte de algunos.

En conclusión: los autores afirman que los candidatos ideales deberían ser jóvenes que han perdido recientemente ambas manos, sobre todo si se ha comprometido también la vista, mientras que poco razonable parece el trasplante de mano en un amputado unilateral.

Abstract

The bioethical issues arising from hand transplantation are discussed in this paper.

We briefly recall the first case ever performed of hand transplant, in France in the year 1998. Unfortunately a superficial evaluation of the recipient caused the failure of the transplant with the consequent explant of the graft.

The peculiarity of hand transplant poses serious doubts on the opportunity of the non life-saving transplant especially for the controversial cost-benefit relationship of such interventions and the lifelong immunodepressant therapy needed.

Most important is therefore the clinical and psychological evaluation of the recipients and the correct communication before and after the intervention.

We also underline the limits of the "informed" consent due to the lack of scientific data on the outcome of such transplant, in respect to the Italian legal framework.

In addition we examine the possible psychological difficulties of the patients to adapt to an organ coming from a dead donor due to the high visibility and strong symbolic meaning of the hand.

Our conclusion is for a selection of the recipients limited to strongly motivated, psychologically stable and refusing the prothesis application patients such as to get a real improvement to their "health" according to WHO definition.

Palabras clave: Bioética, trasplante, mano.

Keywords: Bioethics, transplant, hand.

Introducción

Han pasado ya más de 30 años desde el primer trasplante de corazón y hoy parece tal vez lícito preguntarse si el gesto purísimo de la donación de órganos deba continuar teniendo como único sentido la sobrevivencia del individuo. Indudablemente, la mano no es un órgano vital. Kant, sin embargo, sostenía que ella era el cerebro externo del hombre que nos permite obrar y comunicar, es su extensión directa.¹

A diferencia de otros trasplantes en los que es obvia la finalidad "salvavida", los beneficios de los trasplantes de miembros no superan los riesgos de manera tan obvia. El primer alotrasplante de mano, ejecutado en Lione en septiembre de 1998 por un grupo internacional de cirujanos, fue recibida con un poco de admiración, escepticismo y hasta increíble desinterés² por parte de los médicos y de los estudiosos de ética.

Precedentemente, otro alotrasplante de mano se había intentado por un grupo de cirujanos en 1946, pero había fallado después de dos semanas. La intervención lionesa es la primer demostración clínica de

un trasplante multitejido constituido por piel y hueso, que no fue rechazado después de un año de tratamiento inmunosopresivo (que comprende suero antilinfocitario, tacrolimo, mycophenolate mofetil y corticoesteroides).

La misma combinación ha sido utilizada con éxito en Louisville por el primer trasplante americano de este tipo. Desde hace más de 25 años, los cirujanos de urgencia de la mano realizan reimplantes de miembros en las condiciones médicas más hostiles, ligadas a la misma naturaleza del trauma, adecuando el propio arte a la intervención y reponiendo un miembro o un antebrazo totalmente amputado en 7-8 horas.³

Los modernos éxitos deben mucho a los recientes progresos de las terapias inmunosopresivas como la ciclosporina A, 1^o FK-506, el brendinine y otros. Estos fármacos han sido usados en la terapia a largo plazo en pacientes sometidos al trasplante de órgano. En situaciones de peligro de vida como el trasplante de riñón, corazón e hígado, no pueden olvidarse los notables efectos colaterales de tales terapias como las enfermedades tumorales, infecciones y patologías metabólicas.⁴ Los riesgos anexos a la terapia inmunosopresiva a largo plazo y el posible desarrollo de carcinomas cutáneos y linfomas, suponen la posibilidad de un significativo peligro para la vida. Es opinión de la *American Society for Surgery of Hand*, que mientras las actuales terapias farmacológicas inmunosopresivas no sean mejoradas, los trasplantes de mano y de antebrazo deben ser considerados procedimientos de alto riesgo todavía en una fase muy precoz de experimentación.⁵ Uno de los principales deberes del arte médico es el de no disminuir la duración de la vida y no empeorarla.⁶

Respetar la autonomía del paciente no comporta por parte del médico la aceptación pasiva de cualquier requerimiento.⁷ En la mera ejecución del trasplante de mano, no existe ciertamente un significativo peligro de vida y el beneficio del procedimiento supone aceptar los riesgos conectados con la inmunosopresión.

El caso de Lione

En un paciente de 48 años, a cuatro años después del incidente inicial y diez después de la segunda amputación-protésización, el riesgo

a nivel funcional consistía en la pérdida de capacidad regenerativa del nervio que decrece a partir de los 30 años y en la exclusión cortical del miembro amputado.⁸ Cerca de 10 años después, falla la reamputación de su brazo derecho. El receptor ya había rechazado una prótesis estética y funcional. Su personalidad y determinación para recibir la mano de un donador habían impresionado a los psicólogos y psiquiatras, condicionando fuertemente el *placet* para la intervención. Existían también importantes problemas acerca del consentimiento informado. El paciente de Lion firmó un detallado modelo de consentimiento y un contrato legal que especificaba los riesgos de la intervención, de la anestesia y de las posibles complicaciones posquirúrgicas correlacionadas con los fármacos con las neoplasias y con las infecciones como también con complicaciones psicológicas a largo plazo.

Había, además, una importante advertencia: a causa de la naturaleza experimental de los trasplantes de miembro, no existía un número suficiente de informaciones para presentar al paciente con el fin de obtener un consentimiento informado, libre y consciente.

Reflexiones

Los trasplantes de miembro, respecto a los llamados trasplantes salvavida, no son solamente más complejos técnicamente sino que comportan más problemas desde el punto de vista ético. La visibilidad de la amputación constituía también un problema para la integridad del difunto, de tal manera que el cadáver fue provisto de una prótesis estética "para restablecer el normal aspecto del donador en respeto a su dignidad."⁹

La mano es un órgano visible, además de imaginado, incluso mucho antes del trasplante. Esta diferencia va más allá del llamado asco o repugnancia, no es sólo una cuestión de no-naturaleza de la mano transplantada. Cualquier intervención médica es no-natural en cuanto que constituye una interferencia con el orden natural, aunque sea perfectamente natural en cuanto que nosotros mismos formamos parte de ese orden.¹⁰

Puede suceder que el discurso sobre la no naturaleza satisfaga nuestro deseo de mantener los límites dentro de los cuales nuestras

elecciones tengan valor,¹¹ pero no nos dice donde se ponen estos límites. En el pasado, un argumento a favor del xenotransplante ha sido que todos los trasplantes son no naturales y afectan nuestro sentido de integridad corporal, pero que nuestra identidad humana no reside en ninguno de nuestros órganos. “Si la esencia de la humanidad es vista como la capacidad de trascender sobre el nivel de la existencia orgánica, entonces el sentido de identidad de una persona no debería, en teoría, ser amenazado por la transferencia de órganos más allá de las barreras de la especie”, afirmó el *Nuffield Council Working Party on Xenografts*.¹²

Muchos pacientes receptores de órganos se dicen turbados por un sentido de extrañeza ante la idea de que parte de una persona muerta esté en el propio cuerpo.¹³ En principio, este problema podría resolverse por medio de una atenta valoración psiquiátrica y por medio del “counseling” del receptor. De igual manera debemos considerar la vasta función de la mano en relación con la identidad, como instrumento de trabajo, de intimidad física, de contacto con los otros, de gran habilidad concedida y obtenida por nuestra especie.

En el pasado era grande el pavor del hombre común frente a la violación de la sacralización de la muerte.¹⁴ Hoy no son pocos los hombres de ciencia que denuncian una posible violación a la sacralización de la vida por parte de una intervención como ésta, que parece poner por encima de todo la elección, confiada directamente al paciente de la calidad de la vida con perjuicio de la duración de ésta.

Legislación y deontología

En un rápido *excursus* histórico, diremos que la legislación italiana aprobó en 1957 la extirpación del bulbo ocular y de la córnea del cadáver. En 1961 se autorizó (DPR 300 del 20.01.1961) la toma de una muestra de huesos y superficies articulares, músculos, tendones, vasos sanguíneos y sangre, nervios, piel, médula ósea, aponeurosis, dura madre; en los diez años sucesivos (DPR 1156 del 3.09.1965 y DPR 78 del 5-02.1970), fueron añadidos los riñones, el corazón, los pulmones y sus respectivas partes, la vesícula, los uréteres, segmentos del canal deferente, glándulas exócrinas y endócrinas; en 1975 (Leg-

ge n. 644 del 2.12.1975) se estableció cuáles eran las únicas partes del cadáver de las cuales estaba prohibida la toma de muestra: el encefalo y las glándulas de la esfera genital y de la procreación. La ley n. 91/99, abrogativa respecto a la 644/75, no ha modificado después nada de la precedente respecto a la licitud de la toma de muestra y transplante de órganos. Esta presentación histórica patentiza que en Italia, ya en 1961, habría sido posible, con base en la legislación en el tema de trasplantes, realizar una intervención como aquella que recientemente se ha efectuado.¹⁵

Hoy, entre las cuestiones que se requiere analizar, está el concepto de salud y su tutela como los principios de autonomía del individuo y el de beneficencia. La moderna definición de salud, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se limita al simple concepto de "ausencia de enfermedad", sino que, en una acepción más amplia, entiende "como un estado de completo bienestar físico, mental y social",¹⁶ no solamente relevando los aspectos cuantitativos de la salud (pudiendo suponer con esto eventualmente la "sobrevivencia"), sino poniendo particular atención a ella en términos cualitativos. Se viene a delinear un concepto de salud en términos no solamente orgánicos, sino también psíquicos, consiguiendo así el objetivo de resaltar todavía más el aspecto individual de la enfermedad y la imposibilidad de crear un límite neto y válido entre enfermedad y salud.¹⁷

Por otra parte, resulta arduo conciliar los dos principios arriba dichos donde el derecho de decidir en todo aquello que nos compete y de actuar en consecuencia contrasta con la eticidad de una conducta o de un tratamiento(específicamente el acto quirúrgico médico) que tiene como requisito especial "su idoneidad para realizar el mejor interés de los sujetos a los se que dirige".¹⁸

Los conceptos de libertad y autodeterminación en el ámbito de la integridad psico-física de la persona encuentran el límite a su aplicación precisamente en la tutela de la salud que el Estado garantiza. El art. 32 y el art. 13 de la constitución italiana entran por tanto paradójicamente en conflicto, confluyendo después por una interpretación y aclaración en el art. 5 del código civil que prohíbe aquellos actos de disposición del propio cuerpo en grado de causar disminución permanente de la integridad física o completamente contrarios a la ley, al

orden público y a la buena costumbre. Hoy son numerosas las problemáticas médicas que inducen a una atenta valoración jurídica de este artículo de nuestro código: la esterilización, la eutanasia, la experimentación, el aborto y, en fin, el tema que estamos tratando, los transplantes.

Es justo afirmar que si los derechos significan reconocimiento de un poder de autodeterminación del hombre sobre las propias elecciones esenciales, los límites a este ejercicio pueden ser puestos para el interés de otros sujetos o de la comunidad.¹⁹

Conforme a esta *perspectiva* la ausencia de intereses de terceros implica la imposibilidad de una imposición normativa en términos de bienestar, valorando como derecho la facultad personal de alterar el propio cuerpo.²⁰

El código deontológico del médico se apresura a afirmar que *las prescripciones y los tratamientos deben ser inspirados a actualizadas y experimentadas adquisiciones científicas también para el uso adecuado de los recursos siempre persiguiendo el beneficio del paciente* y que se debe prohibir de cualquier modo todo aquello que *no está científicamente probado o no soportado por una adecuada experimentación y documentación clínico-científica*.

Después del primer caso

Después de la primera operación de Lione, en Italia fueron seleccionados 14 pacientes entre un grupo de 300 y puestos en una lista de espera organizada por el centro interregional *Nord Italia Transplant (NIT)*. El ministerio de salud autorizó un estudio-piloto monocéntrico sobre cinco casos para llevarse a cabo en el centro de cirugía de la mano del hospital S. Gerardo de Monza, responsable el Dr. Lanzetta ya miembro del equipo lionés. La primera intervención en Italia fue realizada el 17 de octubre de 2000 y el 6 de noviembre de 2002 se realizó la segunda. Algún problema podría haber surgido en torno a la licitud después de concluido el estudio piloto, de la toma en cargo por parte del SSN, de un servicio por muchos aspectos no esencial. En esta óptica el problema podría haberse resuelto por medio de una atenta selección de pacientes para incluir en la lista de espera. Los

candidatos ideales deberían ser jóvenes que hayan perdido recientemente ambas manos, sobre todo si se ha comprometido también la vista. En este caso, aunque fuera de una mínima restitución de la sensibilidad, se derivaría una efectiva ventaja.

Particular atención debe ser garantizada en la comunicación con la familia sobre potenciales donadores de miembros. Al inicio de la fase experimental, ha sido encomendado a la reanimación del NIT participantes del programa, que proponga la donación de miembro solamente a familias que ya hayan expresado su consentimiento, informando sobre la finalidad de aquel específico trasplante y el cuidado en la recomposición de los restos mortales (en cumplimiento a la ley n. 91/99)²¹. Debiera precisarse, además, que habría existido la facultad de ellos de proceder a la toma de muestra del miembro. El tema del efectivo beneficio para los pacientes, se ha sometido nuevamente a la atención general cuando la Asociación inglesa de Cirugía Estética ha anunciado recientemente que está en grado de efectuar un trasplante de cara. La noticia se ha dado a conocer públicamente en el desarrollo de un congreso de la *British Association of Plastic Surgery* y fue retomada por el diario inglés *Observer*.²²

El cirujano estético Peter Butler, ha ilustrado a los colegas el *iter* de la intervención que debería durar cerca de 16 horas y que solamente con el “completo apoyo de la opinión pública” podría tener lugar ya en el transcurso de un año y medio. Marco Lanzetta ha declarado que también en Italia se está pensando en estos trasplantes, explicando que sería “la lógica consecuencia de un camino que hemos abierto con los trasplantes de mano y las otras intervenciones no “salvavida”, sino pensadas para mejorar la calidad de vida.”²³

En febrero de 2001, el miembro del primer transplantado fue amputado en Londres: el paciente se había rehusado a tomar los fármacos antirrechazo 60 días antes y su vida estaba en peligro. Todo el *staff* empleado en Lione está de acuerdo en atribuir la falla a la inadecuación psicológica del paciente afirmando que lo sucedido no perjudica el progreso que derivó de la intervención y los futuros programas. Una vez más, conviene poner el acento en la necesidad de una meticulosa y cuidadosa valoración del paciente para trasplante antes, durante y después de la intervención, siendo especial la capacidad de

la mano para exteriorizar aquello que es más íntimo en nosotros y, al mismo tiempo, traducir en emociones el mundo externo.

Conclusiones

Una buena rehabilitación comienza primero con la intervención: en la valoración, en términos cognitivos y emotivos de la personalidad y *psiqué* del paciente, de las cualidades de su información y motivaciones, del contexto socio-familiar, de sus recursos y de las posibilidades de sostenimiento social. La post-estancia en el hospital debería desarrollarse en una "fase de maternidad", donde la elaboración guiada por dinámicas ansiosas o depresivas potencialmente psicopatógenas, pueda favorecer la aceptación y la adhesión a las terapias. Parece esencial individualizar las correctas estrategias relacionales en grado de mediar entre médicos, paciente y familiares sea en la situación de crisis, sea por medio de programas *follow up* después de la terminación.

Después de cuanto se ha expuesto, actualmente el trasplante de mano en un amputado unilateral nos parece éticamente poco razonable. Nuestra opinión es que no tratándose de un trasplante salvavida, se debe limitar a aquellos casos en los cuales haya un serio y motivado sustrato psicológico del paciente demostrable con adecuados coloquios médico-psiquiátricos. Hace falta estar seguros, además, de que el sujeto rechace de manera categórica el recurso a una prótesis artificial y que al tiempo mismo del trasplante de un miembro le suponga indudable ventaja para su salud psico-física.

Ni siquiera el consentimiento de un paciente escrupulosamente informado (mientras esto sea realmente posible vistos los escasos datos estadísticos y experimentales que se tienen), a nuestro parecer puede liberar el cirujano de su responsabilidad, tanto más que cuando disfruta la fascinación intrínseca por nuevas técnicas para seducir al paciente.

Lamentando la superficialidad que ha conducido a trasplantar la primera mano en un paciente francamente contraindicado, recordamos que aparece fundamental la exigencia de que los resultados de las investigaciones sean inicialmente publicados en revistas científicas.

cas que comprueben con la misma seguridad una valoración seria. Se requiere estigmatizar la práctica del investigador que se dirige primeramente a los medios para informar los resultados sustrayéndolos a una rigurosa valoración por parte de sus pares como correctamente ha recordado el Comité Consultivo Nacional de Ética inmediatamente después de la intervención de Lione.

Referencias bibliográficas

¹ Lanceta M., Tai on line del Convegno nazionali: La mano dell'uomo. Trapianto e qualità Della vita". Villa Reale di Monza. Organizzato da Rotary Internazionale. 27.2.1999; Dickenson D.- Hakim N., *Ethical issues in limb transplants*, Med. J. 1999,75.

² Merle M., *A year afyter the first hand transplantation*, Chirurgia della mano 1999, 2/3: 279-286.

³ Tamai S., *Reflections on human hand allografts*, J. Orthop. Sci. 1999, 4(5): 325-327.

⁴ CFR. <http://www.hand-surg.org/>

⁵ Elliot C., *Doing harm, living organ donors, clinical research, and the Ruth man*, J. Med. Ethics 1995, 21:91-96.

⁶ Callahan D., *Can we return death to disease?*, in Campbell C.S., Crigge B.J. (eds). *Mercy, murder and morality: perspective on euthanasia*, Briarcliff Manor, New York: Hastings Center, 1989.

⁷ Foucher G., *Le figaro* 29.9.1998.

⁸ Dubernard J.M., Owen E., Herzberg G.- et Al. , *Hand transplant: 6 months report*, *Lancet* 1999, 353: 1315-1320.

⁹ Huges J. , *Xenografting: ethical issues*, J. Med. Ethics 1998, 24:18-24.

¹⁰ Norman R., *Interfering with nature*, J. Appl. Philosophy 1996, 13: 1-11.

¹¹ Nuffield Council On Bioethics *Animal-to-human transplants: The ethics of xenotransplantation*, London: Nuffield Council. 1996: 104.

¹² Craven J. Rodin G.M., *Psychiatric aspects of organ transplantation*, New York: Oxford University press. 1992: 169-171.

¹³ Merli S., Del Vecchio S., *A further discusión on organ transplants: comparison of the Italian and European legislatio*, Riv. It. Med. Leg. 1995: 397-424.

¹⁴ Farnete A., Genovese U., *Il trapianto Della mano: aspetti medico-legali*, Chirurgia Della mano 1999, 2/3: 337-345.

¹⁵ Mariotti P., Masaraki G., Rizzi R., *I Diritti dei malati*, Milano : Giuffrè, 1993 : 1-3.

¹⁶ Santosuosso A., *Informed consent*, Milano: Raffaello Cortina. 1996: 15.

¹⁷ *Ibid.* P. 17-18.

¹⁸ Gemma G., *Sterilization and civil liberties*, Riv. Trim. Dir. Proc. Civ. 1977.

¹⁹ D'adino Serravalle P., *Acts of disposing of the body and protection of the human person*, Ed. Scientiífiche Italiane 1983, 15: 30.

²⁰ Artículo 12 del Código Deontológico Médico título II, Capítulo IV.

²¹ Revill J., *Health editor Sunday November 24*, The observer 2002.

²² Cfr: PagineMediche.It Mfl Comunicazione 29.11.2002.

²³ CCNE Messaggio del 6.7.1999 e giudizio n. 45 del 31-5.1995.

Reseña bibliográfica

*José Enrique Gómez Álvarez**

Masiá Clavel, Juan. *Tertulias de Bioética*. Sal Terrae, Santander, 2005. 271 pp.

El texto es, como señala su autor, una miscelánea que recoge diversas discusiones en torno a las problemáticas bioéticas. Estas discusiones reproducen conferencias, conclusiones de grupos de discusión, homilías, etc. En este sentido, en el libro se aprecian ciertas repeticiones de temáticas e ideas propias de un trabajo de este tipo. Por otra parte, el texto agrupa estos materiales en temáticas y no en orden cronológico. Señala el autor: “La primera parte es introductoria... La segunda relaciona los enfoques desde la secularidad con la perspectiva religiosa. La tercera... recoge lo relacionado con la introducción a la bioética. La cuarta y quinta partes, los temas en torno al comienzo a la vida. La sexta parte, lo que concierne a la salud y enfermedad. La séptima parte, la ecoética. La octava parte, lo relativo al final de la vida humana. La novena parte se ocupa... la manera de recibir correctamente, interpretar críticamente y aplicar con fidelidad creativa las recomendaciones (*sic*) del magisterio eclesiástico sobre temas de bioética”.¹ Estas partes están subdivididas, dando así 37 capítulos y un epílogo.

Esta obra posee algunos elementos comunes. Aparece una insistencia continua en “evitar los extremos”, según la postura del autor. Por otra parte, se descubre también una situación ambivalente respecto del magisterio eclesiástico: se le aprecia, pero a veces, se le consi-

* Doctor en filosofía por la Universidad de Navarra. Miembro del SNI. Profesor e investigador de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac.

dera mera opinión e incluso en tonos claramente despectivos. Por ejemplo, cuando se habla del preservativo y el SIDA, el autor sencillamente no argumenta, sino *ad populum* y *ad hominem*: "... en torno al preservativo; uno no sabe si reír o llorar. Ni siquiera tenía que ser problema... Hace mucho tiempo que la teología moral *seria* ha superado ese falso problema. Aunque diga lo contrario un dicasterio romano o los asesores de una conferencia episcopal, o los que redactan para el Papa un discurso... pero, al fin y al cabo, el tema del preservativo es un *pseudo-problema* secundario que *no merece darle más importancia*".² Otro ejemplo: "... las reacciones exageradas de la teología romana a propósito de los anticonceptivos".³

El tema insistente respecto a no irse a los extremos es un *leitmotiv* de Masiá. El problema es que no expresa, al parecer, bien la doctrina que pretende defender. Parece que lo que quiere decir el autor es la teoría del término medio aristotélico en donde se yerra cuando se va a uno de los extremos.⁴ El autor hace énfasis de encontrar ese medio. Sin embargo, la pregunta acerca de los temas dónde aplica esa doctrina no es del todo clara. El mismo Aristóteles señala en la *Ética a Nicómaco* que hay ciertos actos que no admiten término medio: "No toda acción, empero, ni toda pasión admiten una posición intermedia. Algunas se nombran precisamente implicadas con su perversión, como la alegría del mal ajeno, la imprudencia, la envidia; y entre las acciones el adulterio, el robo, el homicidio. Todas estas cosas son objeto de censura por ser ruines en sí mismas, y no por sus excesos ni por sus defectos. Con respecto a ellas no hay manera de conducirse rectamente jamás, sino que siempre se yerra. No hay en estos asuntos un hacer bien o un no hacer bien, como en punto a con qué mujer o cómo o cuándo cometer adulterio, sino que sencillamente el hacer cualquiera de estas cosas es errar".⁵ La pregunta a contestar y de la cual no es clara en todo el libro, es si Masiá reconoce que hay actos que no admiten el medio virtuoso. Al parecer el autor defiende alguna variante del proporcionalismo. Insiste en las actitudes ante valores y las contrapone a lo que él denomina una ética rígida: "... ¿con qué clase de ética vamos a abordar esas preguntas? Hay dos maneras de entender la ética: a) como conjunto de recetas o máquina expendedora automática... b) como faro ... que orienta en el camino... Esta última es una ética de búsqueda e interrogación, de orientaciones en vez de

soluciones prefabricadas”.⁶ La pregunta auténtica es si ese dilema es real o aparente. De, por ejemplo, defender una teoría de la ley natural significa eso que señala el autor. Me parece que el autor simplifica una de las opciones al grado de caricaturizarla. La ética siempre exige de la prudencia y “dar en el blanco”, cómo Aristóteles señala, es difícil y se yerra con frecuencia. Pero el mismo Aristóteles reconoce que hay acciones que sencillamente se yerran. ¿No existen acciones en bioética de este tipo? Esa pregunta no la responde el autor... al menos directamente. Indirectamente, parece decir que hay acciones siempre malas: los extremos, pero que encontramos en los dilemas bioéticos puntos intermedios. Me parece que es el núcleo del trabajo. La discusión sobre experimentación de embriones, el adulterio, etc. plantean el asunto de si pueden ser buenos en sí mismos. El mismo Masía cuando plantea el problema del divorcio, cita un mensaje del episcopado japonés y afirma que *pasan a dar un consejo pastoral muy significativo...*: “Hay situaciones en las que, por diversas razones, la ruptura es inevitable... Estas personas necesitan consuelo y ánimo. Lamentamos que la Iglesia haya sido a menudo un juez para ellas. [...] Cuando el vínculo matrimonial, lamentablemente se ha roto, la Iglesia debería mostrar una comprensión cálida hacia esas personas y ayudarlas a rehacer sus vidas”.⁷ ¿Cuál es el problema con esa observación y el Magisterio? Depende. Si se entiende la expresión “ayudarlas a rehacer sus vidas” como la aceptación de un supuesto segundo matrimonio, a falta de nulidad, sencillamente la Iglesia no puede hacer “nada”. La doctrina de la indisolubilidad matrimonial es clara. Si la expresión se refiere a no estigmatizar a las personas en esa situación y ayudarlas a aceptar su nueva condición de separación y ayudarles a vivirla con plenitud cristiana, respetando el vínculo matrimonial que sigue uniendo a la pareja, es bastante claro que no hay desacuerdo. De hecho, en el *vademécum* para los confesores en temas de moral conyugal se afirma (en relación con temas relacionados con la concepción): “1. En relación con la actitud que debe adoptar con los penitentes en materia de procreación responsable, el confesor deberá tener en cuenta cuatro aspectos: a) el ejemplo del Señor que «es capaz de inclinarse hacia todo hijo pródigo, toda miseria humana y singularmente hacia toda miseria moral o pecado »:36 b) la prudente cautela en las preguntas relativas a estos pecados; c) la ayuda y el es-

tímulo que debe ofrecer al penitente para que se arrepienta y se acuse íntegramente de los pecados graves; *d*) los consejos que, en modo gradual, animen a todos a recorrer el camino de la santidad”.⁸

Sin embargo, Masiá cita de nuevo el documento del episcopado japonés: “Esperamos que quienes han pasado por el trance penoso del divorcio y han encontrado a otra persona como compañera en el camino de la vida se verán apoyados por la Iglesia con un amor materno y acogedor”. Y ¿Qué quiere decir eso? No lo explica el texto. ¿Significa que en realidad las personas se pueden vivir en concubinato con plenitud de unión con la Iglesia? ¿Qué en realidad la indisolubilidad matrimonial es optativa? Si es así, Masiá debería ser más claro y explícito y eliminar ciertas expresiones que parecen sentimentales. De nuevo nos encontramos con el problema de la conciencia: ¿qué tanta responsabilidad tiene el que decide vivir en concubinato después de un divorcio civil (porque matrimonial es claro que no existe)? Eso, en efecto, es donde radica la prudencia y tacto en el cuidado de las personas. Ahí radica el hacer ver, con prudencia pastoral, el camino para que la persona supere los obstáculos.⁹ El mismo subtítulo de esa sección: “La pareja estable: ¿ni soluble ni indisoluble?” sugiere esa confusión ya mencionada anteriormente. Aquí me parece no hay posibilidad intermedia. Sencillamente se acepta esa disolubilidad o no se acepta. Diferente es el trato personal cálido al que vive una situación semejante. Eso no está en discusión. Por otra parte, algunos capítulos son atinados, por ejemplo el 16 “Sexualidad: revisión teológica” en donde plantea la dificultad de la Iglesia para ver la unión de los fines del matrimonio: procreación y el bien de los cónyuges. Aunque para eso ya hay un texto excelente de un colega suyo, un jesuita, no proporcionalista: Alain Matheeus.¹⁰

Con respecto a las células troncales, los embriones, etc. Masiá defiende una postura que podemos denominar prepersonal.¹¹ Esta visión condiciona casi todas sus respuestas de la sección IV: “Engendrar y procrear”.¹² Su pretendida objeción a la posición magisterial de que “cuando se utilizan expresiones como ‘principio vital’ o ‘unidad de cuerpo y alma’ se está manejando un determinado paradigma de pensamiento... cuando se habla de ‘momento de la concepción’... se está manejando un determinado paradigma de pensamiento más puntual que procesal. Por tanto, se está condicionando así la respuesta. Pero

precisamente lo cuestionable es la validez de dicho paradigma *fixista*¹³ que se aplica a él mismo. En efecto, el tema de discusión es la interpretación de los datos biológicos. La mera biología no nos da la respuesta de dónde se encuentra el comienzo de la vida humana con completa exactitud. Sin embargo, en el capítulo 17 (pp. 115-118) el autor interpreta los datos de la biología con una visión previa, digamos filosófica, y utiliza los clásicos argumentos *prepersonalistas*. En particular, la posible división del embrión *primigenio* en dos individuos. Su afirmación de que: “Si consideramos la implantación del blastocito en el útero como el momento de completarse el proceso de la concepción, estaríamos recuperando el sentido original de concebir; es decir, una mujer ha concebido reteniendo en su interior el óvulo fecundado, que se ha desarrollado hasta formar un embrión”,¹⁴ adolecería del mismo supuesto defecto que su objeción: lo que está en discusión es esa visión, no biológica, ese marco de interpretación conceptual. Incluso él cita a Norman Ford como autoridad respecto al proceso del embrión *preimplantado*. Sin embargo, el mismo Ford interpreta ontológicamente: “The genetic code in the zygote does not suffice to constitute or define a human individual in an ontological sense. Identical twins have the same genetic code but they are distinct ontological individuals”.¹⁵ Esto supone ya una interpretación sobre los datos científicos: la idea de que al menos antes de una posible división no hay individuo debido a esa potencialidad de división. Aunado a lo anterior, hay que considerar que en el estado actual de conocimiento no podemos suponer, sin más, que la *gemelación* no tenga indicadores o marcadores que ahora desconocemos. También el mismo hecho de su *totipotencialidad* no significa que el embrión *preimplantado* no actúa como uno, coordinado y dirigido. La potencialidad de los gemelos implica el haberse separado del conjunto. Es decir, la actividad unificada no la mera porción de materia junta. Por más procesual que sea el desarrollo, no se produce en el puro cambio, sino está siempre el *substrato de devenir*. Es *sustrato* no se refiere a una cosa, sino a una unidad del proceso mismo. En términos clásicos: la *substancia*.

Ahora bien, suponiendo que ambas teorías tienen sus dificultades teóricas, ¿por qué elegir su postura? Más bien en caso de duda ante un bien fundamental central: la vida humana no se debe actuar. En

ese sentido es más razonable, desde el punto de vista ético, pero no desde el punto de vista de razón instrumental, el respetar y considerar la vida humana desde la concepción. El hecho de señalar que todavía es potencial antes del día catorce, en realidad se es potencialmente humano mucho más allá de ese tiempo y para el caso es mucho más coherente la defensa que hace Peter Singer: ampliar los plazos y establecer criterios de humanidad operativos y, manifiestos, y en ese sentido no habría ninguna objeción a una experimentación plena y sin límites de lo que no tiene estatuto personal.

Referencias bibliográficas

¹ pp. 7-8.

² p. 28.

³ p. 227. No sabemos a que se refiere esa expresión: "los teólogos que trabajan en Roma" o "las personas que no nacieron en Roma y que se dedican a la teología ahí" o quizás al Magisterio de la Iglesia (que curiosamente no se encuentra sólo en Roma).

⁴ El capítulo 5 es ejemplo de ello: "O te pasas o no llegas".

⁵ Ética a Nicómaco, II, 6.

⁶ P. 53.. Cf. pp. 45-46.

⁷ P. 37.

⁸ 3.1 En http://www.corazones.org/doc/moral_conyugal_confesores.htm [Consultado el 11 de julio de 2006].

⁹ Por ejemplo véase lo que señala el vademécum (aunque aplicado al problema de la moral conyugal): "7. El sacramento de la Reconciliación requiere, por parte del penitente, el dolor sincero, la acusación formalmente íntegra de los pecados mortales y el propósito, con la ayuda de Dios, de no pecar en adelante. Normalmente no es necesario que el confesor indague sobre los pecados cometidos a causa de una ignorancia invencible de su malicia, o de un error de juicio no culpable. Aunque esos pecados no sean imputables, sin embargo no dejan de ser un mal y un desorden. Esto vale también para la *malicia objetiva de la contracepción*, que introduce en la vida conyugal de los esposos un hábito desordenado. Por consiguiente es necesario esforzarse, en el modo más oportuno, por liberar la conciencia moral de aquellos errores que están en contradicción con la naturaleza de la donación total de la vida conyugal".

¹⁰ Unión y procreación. Evolución de la doctrina de los fines del matrimonio. Editorial El Arca. Universidad Anáhuac, México, 2005.

¹¹ La posición prepersonal puede definirse, aunque estrictamente sería una definición impropia como lo hace Panicota: "The prepersonal position rejects the claim that a personal presence is discernible at the completion of fertilization or its physiological equivalent. Though the pre personal position admits tha the preimplatation embryo is genetically unique, it does not accept that it has become individualized to the point that it warrants absolute respect and protection". ("Three views of the preimplantation embryo". *The National Catholic Bioethics Quarterly*. Vol. 2 No. 1 Primavera del 2002, p. 77).

¹² Cf. pp. 71 y ss. Por ejemplo: “Interrumpir responsablemente (con razones justificadas) un proceso encaminado a constituir una vida human individual y personal (pero que aún ho se ha constituido) no es lo mismo que abortar esa vida una vez ya constituida” (p. 88).

¹³ pp. 25-26.

¹⁴ p. 116.

¹⁵ Ford. *When did I begin?*, p. 117.



Facultad de Bioética

DOCTORADO EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de su Doctorado en Bioética el cual **dará inicio en enero de 2007.**

El Doctorado en Bioética cuenta con reconocimiento de validez oficial por la SEP con fecha del 14 de noviembre del 2003.

Los requisitos de admisión son los siguientes:

1). Llenar solicitud y acompañarla de los siguientes documentos:

- Copia* del Título de Licenciatura.
- Copia* de la Cédula Profesional.
- Copia* del Certificado de estudios de licenciatura que incluya promedio de calificaciones.
- Copia* del Certificado de Estudios de Maestría.
- Copia* del Certificado del Grado de Maestría**
- Original del Acta de Nacimiento.
- *Curriculum vitae*.
- Copia del CURP.
- 4 fotografías tamaño infantil.
- 2 cartas de recomendación académica o de experiencia laboral.

2). Entrevista personal con el coordinador del doctorado y con el comité de admisión. (solicitar cita).

* Las fotocopias de los documentos solicitados deberán ser certificadas ante Notario Público, o en su defecto, entregar fotocopia simple presentando en el momento de su entrega el documento original para su validación.

Fecha límite para la entrega de documentos: 31 de octubre de 2006

PROGRAMA DE ESTUDIOS

El doctorado se cursa en cuatro semestres con clases los martes de 7:00 a 16:00 hrs.

Primer Semestre

- La Bioética en los tratados internacionales.
- Lineamientos del diseño de tesis doctoral.
- Seminario de argumentación I.
- Temas selectos de bioética aplicada.

Segundo Semestre

- Seminario de argumentación II.
- Estadística.
- Temas selectos de bioética clínica.

Tercer Semestre

- Normas jurídicas: elaboración y Funcionamiento.
- Discernimiento y análisis ético.
- Seminario de investigación I.

Cuarto Semestre

- Derechos humanos y bioética.
- Tendencias contemporáneas de la ética.
- El hombre ese gran desconocido.
- Seminario de Investigación II.

COSTO

Costo por semestre \$ 25,000.00 (aprox.)

Informes:

Dr. Oscar J. Martínez González
Coordinador del Doctorado
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Tel. (55) 5328-8074
E-mail: ojmartin@anahuac.mx



Facultad de Bioética

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de la XI generación de su Maestría en Bioética la cual **dará inicio en enero de 2007**.

La Maestría en Bioética cuenta con reconocimiento de validez oficial por la SEP con fecha del 19 de febrero de 1998.

Los requisitos de admisión son los siguientes:

1). Llenar solicitud – la cual será proporcionada en la misma Universidad– y acompañarla de los siguientes documentos:

- Copia del título profesional.
- Copia de la cédula profesional.
- Certificado de estudios de la carrera.
- Original del Acta de Nacimiento.
- *Curriculum vitae*.
- Copia del CURP.
- 6 fotografías tamaño infantil.
- 2 cartas de recomendación de experiencia laboral o académica.

Fecha límite para la entrega de documentos: 10 de noviembre de 2006

2). Entrevista personal con el coordinador de la Maestría. (solicitar cita).

3). Una vez aceptado como alumno de la maestría, efectuar en la caja de la Universidad el primer pago de la misma.

Fecha límite para efectuar el pago en la caja: 01 de diciembre de 2006

PROGRAMA DE ESTUDIOS

La maestría se cursa en cuatro semestres con quince semanas de clases c/u y con nueve horas de clase por semana.

Primer Semestre

- Fundamentos de la filosofía.
- Antropología filosófica I.
- Fundamentos filosóficos del derecho.

Segundo Semestre

- Metodología filosófica.
- Legislación sanitaria I.
- La persona y el derecho.
- Conceptos básicos de medicina general.

Tercer Semestre

- Antropología filosófica II.
- Fundamentos filosóficos de la bioética.
- Legislación sanitaria II.

Cuarto Semestre

- Temas selectos de medicina.
- Bioética clínica.
- Seminario en docencia universitaria.

El costo por semestre es de aprox. \$22,000.00 dividido en 5 pagos mensuales.

Informes:

Dra. Luz María Albisua Gorostizaga
Coordinadora de la Maestría
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Tel. (55) 5328-8074
E-mail: lalbisua@anahuac.mx



ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE BIOÉTICA

La Asociación Panamericana de Bioética nace como un recurso efectivo dentro de la sociedad para promover y salvaguardar el respeto a la dignidad de toda persona humana desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, desde un ámbito científico, a través del intercambio de ideas, información, investigación y trabajo, entre las diversas asociaciones de Bioética con esta finalidad.

La Misión de la Asociación Panamericana de Bioética es agrupar a personas e instituciones relacionadas con la medicina o que participan en las ciencias de la vida, y en la bioética, interesadas en defender la dignidad de la persona apoyándolas a través de cursos, seminarios, publicaciones, talleres dentro de la reflexión e investigación que la asociación efectúe en el campo de la bioética.

BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA

- Inscripción a la revista Medicina y Ética.
- Actualización en temas de bioética a través de nuestra página de Internet.
- Asistencia a convención anual sobre bioética.
- Participar en seminarios, conferencias, cursos con cuotas preferenciales.
- Vinculación con asociaciones de Bioética tanto nacionales como internacionales
- Plataforma de participación en proyectos de Bioética.

CUOTAS DE INGRESO

	<i>México</i>	<i>Otros países</i>
Individual	\$ 450.00 M.N.	\$ 80.00 U.S.
Estudiantes	\$ 200.00 M.N.	\$ 40.00 U.S.
Instituciones	\$ 1, 250.00 M.N.	\$ 230.00 U.S.

FORMAS DE PAGO

Depósito bancario a Cta. No. 51-50067989-0

(Banco Santander Mexicano. Suc. Interlomas).

Cheque a favor de Asociación Panamericana de Bioética S.C.
al apartado postal No. 41-518 México, D.F. C.P. 1100

MAYORES INFORMES

Lic. Martha Hamill de Correa

Coordinadora General de APABE Sede Nacional

Teléfono (55) 5251 82 93

E mail: ehamill@anahuac.mx

MEDICINA Y ÉTICA

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

Formulario de suscripción / Order form:

Nombre/Name: _____
Institución/Institution: _____
Dirección/Address: _____
Ciudad-País/City Country: _____
Código Postal/Zip Code: _____
Teléfono/Telephone: _____
Fax/fax: _____
Correo electrónico/E-mail: _____

Suscripción/Subscriptions Rates

Suscripción/Suscription	Números Anteriores/Previous numbers	
México/Mexico:	\$ 150.00	\$ 50.00
América Latina/Latin America:	\$ 75.00 U.S. Dlls.	\$ 25.00 U.S. dlls
Otros países/Other countries	\$ 85.00 U.S. Dlls.	\$ 30.00 U.S. dlls

Favor de hacer su pago a través de un "Depósito Referenciado" en cualquier sucursal del Banco Santander Serfín al siguiente número de cuenta./Please make a deposit in Banco Santander-Serfín:

Desde México/From México

Banco/Bank: Santander Serfín
Cuenta a nombre de/Account name: Investigaciones y Estudios Superiores SC
No Cuenta/Account number: 51-500651312

Desde América Latina y otros países/From Latin America and other countries

Banco/Bank: Santander Serfín Sucursal 5 18, Módulo Anáhuac
Cuenta/Account: 51-50063292-6
CLABE/ABA Number: 014180515006329267
Plaza/City Country: 01 México D. F.
Beneficiario/Pay order to: Investigaciones y Estudios Superiores S. C.

Enviar por Fax ficha de depósito/Send deposit to Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742

Informes:

FACULTAD DE BIOÉTICA
Universidad Anáhuac
Av. Lomas Anáhuac s/n. Col Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México C.P. 52786
Tel. (52) (55) 5328 8074 ó 5627 0210 Ext. 7146
Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742
Correo electrónico bioetica@anahuac.mx
www.anahuac.mx/bioetica

Este libro se terminó de imprimir en septiembre de 2006,
en los talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.
tiraje 500 ejemplares.