

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

2007/4

**El principio de autonomía. Perspectivas de una
reconstrucción no orientada en sentido eutanásico
- Relaciones médico-paciente: un estudio empírico
- ¿Podemos justificar biológicamente como confiables
nuestros métodos científicos mas básicos? - Argumentar
con la dignidad humana en las prácticas
deliberativas de los comités de ética**



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

4

VOLUMEN XVIII NÚMERO 4 OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2007

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

Coordinadores Editoriales: Dr. José E. Gómez Álvarez y Dra. Martha Tarasco Michel

Traductor y corrector: Lic. Jesús Quiriarte

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	295
El principio de autonomía. Perspectivas de una reconstrucción no orientada en sentido eutanásico <i>Luciano Eusebi</i>	301
Relaciones médico-paciente: un estudio empírico <i>Robert T. Hall, Jorge Luis Hernández Arriaga, Octavio Carranza Bucio, Francisco J. Serrano Franco, José Alberto Martínez Pérez, Greg Rosencrance y Linda St. Clair</i>	315
¿Podemos justificar biológicamente como confiables nuestros métodos científicos más básicos? <i>Armando Cántora G.</i>	337
Argumentar con la dignidad humana en las prácticas deliberativas de los comités de ética <i>Corrado Viafora</i>	347
Presentación del libro <i>Comités Hospitalarios de Bioética</i> <i>Carlos Tena Tamayo</i>	363

EDITORIAL

Ciencia, técnica y bioética

Me ha parecido importante comentar en esta Editorial algunos aspectos que considero de interés referente a las relaciones que hoy existen entre bioética y las técnicas que pueden aplicarse en la medicina. El gran avance de los descubrimientos científicos y tecnológicos, verdaderamente espectaculares, que ha experimentado la medicina en los últimos años, está repercutiendo en la vida del ser humano, vida que por una parte se ha visto prolongada en su duración promedio y, ha sido beneficiada al superar tantos problemas, haciendo posible dominar numerosos padecimientos que antes parecían imposibles de curación o aún de mejoría.

La vida del ser humano se ha visto amenazada de múltiples maneras: en su identidad e integridad al instrumentar y utilizar al hombre con frecuencia; como objeto de experimentación, sin respetar las normas ya establecidas que protegen su dignidad; ante las diversas técnicas de reproducción asistida y la posibilidad de llegar a la clonación; ante la manipulación genética tendiente a la eugenesia; ante la interrupción de la gestación, ante las diversas formas de eutanasia, ambas (aborto y eutanasia) ya legalizadas en numerosos países; ante la obtención y manipulación de células troncales (estaminales) obtenidas mediante clonación del embrión humano, etc., etc.

Estas prácticas, vigentes en muchos sitios en nuestro mundo, atentan contra la persona misma, contra su dignidad e integridad. A este respecto quiero citar a Kant que en su "Metafísica de las costumbres" refiere que "la humanidad misma es una dignidad, porque el hombre no puede ser tratado por ningún hombre como un simple medio o instrumento, sino siempre como un fin ya que en ello estriba su dignidad como persona."

Al nacer, el hombre se encuentra en un estado de indefensión, debe aprenderlo todo a través de su experiencia, construyendo su cultura construye otro nivel de realidad, continúa creándose el mismo a

través de su materia, de su interrelación con los otros, de su energía, de su vida, de su espíritu, lo que finalmente le confiere su especificidad.

Desafortunadamente, en nuestro mundo actual, por sus características de materialismo absolutista, el hombre con frecuencia se siente como “una cosa”, para ser empleado en el mercado de trabajo, ya no es “un agente personal, activo, humano (física y espiritualmente), ya que el sentimiento de su identidad no se basa como el de una persona humana, como un ser que siente y piensa, sino de su exclusivo papel como “agente socioeconómico”. Ya no es un ser que ama, que piensa, que teme, que se comunica, que duda, que desea, sino que es como una abstracción enajenada, fuera de su naturaleza real, desempeñando tan sólo una función determinada por el sistema socioeconómico en que vive.

Es precisamente este panorama el que enfrenta en nuestros días la persona humana. Ante este avance tecnológico y ante este materialismo absolutista, es que aparece la bioética, una nueva ciencia que enfrenta los dilemas producidos por el avance de la misma ciencia y las nuevas técnicas, indicando claramente por qué no se debe hacer todo aquello que técnicamente puede hacerse, introduciendo nuevamente el humanismo que, en cierta forma, la medicina había ido perdiendo.

En este sentido, vale la pena recordar, entre muchas otras, las aportaciones que la Universidad Anáhuac ha venido haciendo mediante la publicación precisa y puntual de la Revista Medicina y Ética, a través del Instituto de Humanismo en las Ciencias de la Salud que forma parte de la Facultad de Bioética, en forma de cuatro números al año, habiéndose iniciado en Mayo del año de 1990, así como del libro “Introducción a la Bioética” cuya tercera edición se encuentra ya en proceso.

La bioética forma parte de la enseñanza (a nivel curricular) en los planes de estudio de numerosas escuelas de medicina y enfermería, habiéndose fundado varias sociedades y academias de bioética que albergan en su seno a muchas personas interesadas en esta materia para que cada día adquiriera mayor importancia en el ámbito profesional.

*Dr. José Kathy Porter
Director Emérito
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) no mayor de 15 líneas (aproximadamente 150 palabras) en español y en inglés. También deben 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 principio de autonomía

Perspectivas de una reconstrucción no orientada en sentido eutanásico*

Luciano Eusebi**

Resumen

Queriendo sintetizar la cuestión a la cual el principio de autonomía ofrece una respuesta, se podría decir que versa sobre el reconocimiento del otro. Dicho en otros términos y parafraseando a Hanna Arendt, la pregunta subyacente es si somos quiénes o somos qué cosa. Declarar la autonomía de cada sujeto humano significa, en este sentido, considerar con firmeza que no se puede tratar a tal sujeto como una cosa.

De eso deriva la posibilidad de una definición práctica de aquello que deba considerarse un mal: se tiene un mal cuando un individuo humano no es considerado como un interlocutor, como un tú, sino, precisamente, como una cosa, es decir (sólo) como un cuerpo, o sea, cuando es reducido a instrumento o a objeto (pasivo) de una manipulación.

Es propio de la naturaleza humana el tomar decisiones en conciencia, realizando elecciones éticamente responsables: por lo cual, establecer relaciones con un individuo humano no puede dejar de proponerse como una consideración de la persona como sujeto moral y con capacidad de discernimiento. La afir-

* Texto revisado de la relación presentada en el Congreso por el XV aniversario de la institución del Comité Nacional para la Bioética, Roma, 30 de noviembre–3 de diciembre de 2005.

** Profesor titular de Derecho Penal, Universidad Católica del Sacro Cuore, Piacenza (e-mail: luciano.eusebi@unicatt.it).

mación del principio de autonomía implica, por tanto, una opción ética precisa, que es la intuición fundamental de toda la historia de la ética: aquella que, reconociendo en el otro un sujeto moral comporta la renuncia a actuar instrumentalmente en relación con él, abierto, de este modo a la relacionalidad.

Si el principio de autonomía del individuo sostiene que el sujeto humano no es reducible a una cosa, esto vale también para la relación de cada uno consigo mismo. De esto deriva que el principio de autonomía no permite justificar la elección del individuo de anular su existencia. Lo cual no implica afirmar la ausencia de límites en la intervención terapéutica.

Summary

The principle of autonomy. Perspectives of a reconstruction non oriented in an euthanasic sense

Wishing to synthesize the matter to which the principle of autonomy offers answers, it could be said that it concerns to the recognition of the other. In other words and paraphrasing Hanna Arendt, the underlying question is if we are some who or some what. In this sense, declaring the autonomy of every human subject means that it is important to fix that it is not possible to treat such subject as a thing.

The possibility of a practical definition of what has to be considered evil follows: we have evil when a human individual is not considered like an interlocutor, as a you, but, as a thing, in other words (only) as a body, that is the same when he is reduced to a tool or to a (passive) object of a manipulation.

Making decisions according to conscience, operating responsible ethical choices, is proper of the human nature: it derives that establishing relationships with a human individual can't be considered as an addressing to his being as a moral subject, or to his ability of discernment, or otherwise to his moral being. The affirmation of the principle of autonomy implica-

tes, therefore, one precise ethical option, if not even the fundamental intuition of the whole history of the ethics: the one that, recognizing in the other, a moral subject involves the renouncement to make it an instrument and opens the way to the relationships.

Therefore, if the principle of autonomy says that we can't reduce subject to a thing, it's the same for the relationship that everyone has with himself. It follows that the principle or autonomy, although people often say the contrary, doesn't justify the choice of the single one to cancel his existence that is his being a moral subject. Yet, it doesn't implicate to affirm the absence of limits in the therapeutic intervention.

Palabras clave: principio de autonomía, eutanasia, ensañamiento terapéutico

Key words: principle of autonomy, euthanasia, overtreatment.

El “otro” como un “tú”

La cuestión a la cual el principio de autonomía ofrece una respuesta, tiene que ver con el reconocimiento de una afirmación particular sobre aquello que existe del ser humano. Afirmación relevante cuando se trata de definir cuánto debería caracterizar las conductas que inciden sobre las existencias humanas. Tiene que ver, por tanto, en síntesis, con el reconocimiento del *otro*. Parafraseando a Hanna Arendt, la pregunta subyacente es si somos (y por tanto si en las recíprocas relaciones podemos considerarnos) de los *quiénes* o de los *qués*.

Declarar la autonomía de cada sujeto humano significa, en este sentido, dar por sentado que no se puede tratar nunca a tal sujeto *como una cosa*. Es decir, significa admitir una *excedencia* del ser humano respecto de toda otra realidad (material o viviente) que subsista en el mundo. Este perfil permite una definición práctica –sobre la cual parece posible un amplio consenso– de aquello que deba consi-

derarse un *mal*. Se realiza un mal cuando un individuo humano no es considerado como un interlocutor –como un *tú*–, sino cuando se le trata como una cosa; es decir, (sólo) como un cuerpo, cuando es reducido a un instrumento o a un objeto (pasivo) de manipulación o bien cuando es relegado a una condición de indiferencia. Es decir, que se omiten sus derechos humanos.

Similar excedencia no se identifica con la suma de las capacidades inherentes a la especie humana. Menos aún con la actualidad de su ejercicio (como si la humanidad consistiese en poner extensiones a un *software* fundamental común a todo ser viviente), sino es dada por el hecho mismo que se tenga un individuo *humano*, portador de aquella humanidad que expresa, en el curso de su existencia, las ya comentadas capacidades, y que permanece intacta aún cuando estas queden comprometidas en su manifestación, por patologías u otras causas contingentes.

En particular, el ser humano no es solamente una *cosa* particularmente apreciable que requiera una particular tutela, si bien existen, ciertamente, cosas muy tuteladas. Es de considerar más bien, que es propio de la naturaleza humana el tomar decisiones según la conciencia, realizando elecciones éticamente responsables. Por lo cual, establecer relaciones con un individuo humano no puede sino proponerse como un dirigirse, ante todo, al hecho de ser sujeto moral; es decir, a su capacidad de discernimiento y decisión (si se quiere, como un “entrar en diálogo” con su ser sujeto moral).

No es casualidad que la democracia se considera el mejor sistema de convivencia civil, no porque garantice *ex ante* que se realicen las mejores decisiones, sino porque valoriza al grado máximo la responsabilidad, y por tanto la dignidad de todo individuo en el discernimiento relativo a las decisiones de relieve social que debe asumir en concreto.

A este respecto se puede deducir una contraposición, según la competencia específica de quien escribe en el debate penal. Se ha observado, de hecho, que una prevención de los delitos, respetuosa de la dignidad humana y susceptible de resultar estable en el tiempo, no puede ser reducida a estrategias de tipo intimidatorio y neutral, en cuyo ámbito el ser humano se asimile, en la práctica, a su cuerpo. Si prevenir es sobre todo motivar, debería realizarse considerando siem-

pre todo destinatario de la acción preventiva como un interlocutor. Esto según un modelo comunicativo orientado al *consenso* que, aún frente a los preceptos penales y a la conminación o a la ejecución de las sanciones que la acompañan, ninguno se vea disminuido de su rango de individuo, es decir, llamado a una conducta libre y no condicionada.¹

En este sentido, el carácter *personal* (*ex art. 27 c. 1 Const.*) de la responsabilidad penal, exige no solamente reprobar el hecho delictivo, sino además una petición elaborada personalmente para el ciudadano por el ordenamiento jurídico, ya sea a través de la previsión, o a través de la aplicación de las normas penales. Por lo cual, aún bajo el perfil sancionador, se manifiestan conformes al modelo constitucional sólo estrategias motivacionales (sobre el plano de la prevención general, como sobre aquel de la prevención especial) que apelen a la capacidad del individuo a tomar decisiones *por convicción*, o en otras palabras, *personales*.

Sobre la motivación mediante normas de los comportamientos

Si el principio de autonomía impone a cada individuo relacionarse como sujeto moral, eso significa que nadie puede ser obligado a asumir comportamientos contra su conciencia. Se puede sólo *convencer* a actuar en un cierto modo. Tan es así que –refiriéndonos todavía al contexto penal– resultan inaceptables, y son hoy casi unánimemente rechazadas, formas de intervención sobre quien es sometido a sanciones que consistan en una manipulación de su personalidad.

El principio de autonomía no niega que sea lícito relacionarse con un individuo con el fin de motivarlo hacia un determinado comportamiento (de otro modo, viviríamos en una sociedad sin diálogo), ni exige que eso se deba excluir, en favor del pluralismo que caracteriza a las sociedades democráticas, si sucede por iniciativa de instituciones públicas.

La apuesta democrática se funda sobre la confianza de la Constitución que sea posible compartir –sin la referencia a autoridades preconstituidas y sin limitaciones relativas a los procedimientos de in-

vestigación— el reconocimiento de los derechos humanos, así como sobre la determinación, a través del método propio de la democracia, de normas jurídicas conformes a tales derechos. Por lo cual, las instituciones públicas aparecen totalmente legitimadas para motivar a los ciudadanos hacia la adhesión a los principios constitucionales, y hacia el respeto de las reglas democráticamente establecidas, como también a actuar sobre condiciones relevantes para que sean cumplidas, por parte de los ciudadanos, elecciones conformes a la salvaguarda y a la promoción de los bienes tutelados por la ley.

Si se han fijado reglas, se podrán obviamente usar para un derecho mejor. Pero es coesencial a la idea misma del derecho, que el ordenamiento jurídico actúe en favor del respeto de las normas vigentes (quedando siempre a salvo su neutralidad sobre los *fundamentos últimos* de los derechos constitucionales, en cuanto la indicación de las raíces filosóficas, antropológicas, teológicas de aquellos derechos —en torno a cuyo reconocimiento se realiza una convergencia de orden ético— no compete a las públicas instituciones).

Se puede comprender, por ejemplo, que el sujeto en la aplicación de la fase ejecutiva de una sanción penal, no se proponga hacia el destinatario de su intervención, en los términos de neutralidad, acerca de la perspectiva de reiteración de una conducta criminal. Esto no implica que su trabajo resulte en contraste con el principio de autonomía y que sea autorizado a violar tal principio utilizando, para evitar conductas reincidentes, técnicas de coartación de la esfera interior.

De modo similar, la acción educativa desarrollada en la escuela promueve, junto a las capacidades críticas, la interiorización de los valores de relieve constitucional o la dedicación empeñosa del médico para motivar al enfermo. Incluso sólo bajo el perfil psicológico, se promueve el afrontar una terapia de la cual resulte la finalidad curativa, o el “ayudar (a la mujer) a remover las causas que la llevarían a la interrupción del embarazo”, con relación al *coloquio* ya comentado del art. 5 c. 1 de la ley n 194/1978.

En ausencia de similares deberes normativamente fundados, que se inspiran a la lógica del diálogo y de la argumentación, la misma autonomía del particular no resultaría reforzada, sino empobrecida y vuelta en cierto modo ficticia.

Autonomía y vocación “objetiva” de las instancias morales

Cuanto hasta aquí se ha dicho, se evidencia cómo la afirmación del principio de autonomía no se presupone la negación de la naturaleza *objetiva* de las instancias de reflexión ética. Por tanto, la posibilidad misma de preguntarse en torno a aquello que *en sí* deba ser considerado *un bien* en una situación dada: sin prejuiciar —obviamente— sean las dificultades de un correcto discernimiento, o la necesaria disponibilidad a una constante verificación crítica del mismo.

Parece evidente que una vez excluida la configuración de un bien en sentido objetivo, cae el presupuesto necesario para llegar a definir criterios comportamentales homogéneos, salvo fundarlos sobre meros *intereses materiales*, por cuanto la mayoría los acepta como válidos. De tal modo, la única referencia utilizable, desde el punto de vista jurídico, se vuelve la manifestación más o menos formalizada de la voluntad de los sujetos interesados (una voluntad inevitablemente formada en la soledad inducida por el no poder pedir al *otro*, ni siquiera una ayuda para decidir *del mejor modo*). Se corre el riesgo de una desigualdad en perjuicio de las partes más débiles, dando como resultado, en ámbito médico, el llegar a una medicina contractualista. El imponerse el principio de autonomía —elevado a único verdadero principio bioético— terminaría por constituir, en esta óptica, la consecuencia de la acogida de un relativismo moral sistemático.

Por el contrario, como ya se sugería, precisamente la afirmación del principio de autonomía implica una opción ética bien precisa, si no incluso la intuición fundamental de toda la historia de la ética. Tal historia reconoce en el *otro* a un sujeto moral (que participa de mi propio interrogarme sobre el sentido de las conductas practicables y, como yo, está llamado a tomar decisiones al respecto), y que comporta la renuncia a un actuar instrumentalmente en relación con él; se abre de este modo la relacionalidad.²

Por el contrario, en donde se pretende desconocer de raíz la configuración de vínculos morales objetivos, no se ve como podría ser excluido un acercamiento puramente utilitarista en relación con el *otro*. Pero entonces se volverían dramáticamente pertinentes, sobre el plano de los hechos, las palabras de Caín: “yo seré vagabundo y errante sobre la tierra y cualquiera que me encuentre me podrá matar” (Gen. 4,14b).

El mutuo reconocimiento del valor intrínseco de cada sujeto humano, obliga también a la observancia de exigencias de conducta correspondientes a aquel valor que se esté en posibilidad, por así decir, de explicitar en concreto (no por casualidad A. Rosmini intuye que los derechos jurídicamente reconocidos son manifestaciones del hecho que el *hombre* es el derecho viviente): dado que el ser humano tiene un valor ético, es común la pregunta sobre cómo se deba actuar. Este es un lenguaje que puede compartirse y a través del cual se puede establecer una relación comunicativa.

Tal mutuo reconocimiento excluye, por lo demás, que sea teorizable una extrañeza de principio entre seres humanos (individuos que se consideren entre ellos sujetos morales, no pueden asumirse, irremediablemente, como *extraños morales*). Más bien, ello refiere a la conciencia de la doble circunstancia, por la cual cada uno tiene necesidad del *otro* si quiere realizarse cumplidamente a sí mismo, y los problemas comunes nos acercan y asemejan más de cuanto, por lo general, estamos dispuestos a reconocer.

La contradictoriedad de la elección de suprimir el propio ser sujeto moral

Se ha de poner de relieve que si el principio de autonomía individual como valor eje de la reflexión bioética, el ser de todo individuo humano sujeto no reducible a una cosa, vale también para las relaciones de cada uno consigo mismo.

De eso deriva que el principio de autonomía, aunque frecuentemente se sostenga lo contrario, no permite justificar la elección del individuo de anular su propia existencia —es decir, su ser sujeto moral— actuando o exigiendo conductas, activas u omisivas, idóneas a acarrearle la muerte. Lo cual no implica afirmar la ausencia de *límites* en la intervención terapéutica y avalar, por tanto, el recurso a terapias cuyos beneficios esperados en el caso concreto resulten desproporcionados respecto a los sufrimientos o a los daños inducidos. La renuncia al ensañamiento terapéutico no implica una intervención de muerte, sino la aceptación de la condición de caducidad que caracteriza la vida física y de la relatividad de los medios humanos.

En relación a las decisiones médicas que tienen relieve directo respecto de la tutela de la vida, la valoración del principio de autonomía no aparece relacionada a la *subjetivización* de la intervención, sino a la individuación de criterios éticos tendientes a definir los requisitos de la intervención terapéutica *debida*. De esto se deriva que el instaurarse una relación médica *comporta* la salvaguarda de la vida.³

Por lo demás, precisamente el interés dirigido a establecer reglas (cuanto más posible compartidas por todos en las cuestiones de pertinencia bioética) hace posible aquella máxima extensión del debate y de la profundización crítica que corresponde a la esencia misma de la democracia.

Razones jurídicas que comportan una radical subjetivización de las decisiones inherentes a la tutela de la vida en ámbito médico

Los problemas que surgen en relación a la tutela de la vida y sobre la eutanasia, se afrontan en manera no aceptable en la medida en que se pretenda transferir la respuesta al plano meramente subjetivo, reconduciendo *tout court* tal respuesta a la autodeterminación del sujeto interesado.

Ya se ha visto que no hay continuidad lógica entre el reconocimiento del principio de autonomía y el reconocimiento de la facultad de renunciar a la propia existencia. Es decir, siempre que la renuncia no constituya, obviamente, el costo inevitable del testimonio de los valores fundamentales. Aún así, esto no significa:

a. que subsista la obligación de perseguir todo posible ámbito de ulterior prolongación temporal de la vida mediante intervenciones desproporcionadas o actuadas en fase terminal; es decir, en la inminencia de una muerte inevitable;⁴

b. que se excluya, con un razonable juicio sobre la proporcionalidad, terapias gravosas o riesgosas, considerando la personalidad y la situación particular del enfermo.⁵

De ello se deduce, en primer lugar, como no se imponga, de hecho, al ordenamiento jurídico, la obligación de derogar en ámbito médico la inadmisibilidad de relaciones intersubjetivas *que entran en juego para la muerte* (o, en otras palabras, a la inadmisibilidad de la finali-

zación de una relación entre individuos al realizarse la muerte):⁶ sin que la conclusión pueda variar, desde este punto de vista, dependiendo de aquel fin sea perseguido a través de la modalidad activa u omisiva.

Autorizar formas de cooperación para la muerte significaría, incluso, incidir sobre el futuro mismo de la democracia; es decir, sobre la circunstancia en torno a la cual la tutela de la vida de cada individuo constituye el presupuesto del mutuo reconocimiento entre los seres humanos como sujetos morales iguales en dignidad, reconocimiento que exige ser substraído de cualquier acto de voluntad fundado sobre criterios valorativos en relación de una determinada existencia (aunque fuese sobre el juicio de uno *contra* su propia vida).

Subsisten numerosas razones ulteriores –o si se quiere efectos colaterales indeseables– por las cuales un ordenamiento jurídico, laico, democrático y pluralista, no considere legítima la cooperación a un intento de muerte, ya sea que quien lo requiera sea sujeto sano o enfermo. Se asume siempre que la posición de garantía en la relación médica referida a la vida del paciente, no autoriza el recurrir a medios desproporcionados, sin que se impida, por tanto, una respuesta adecuada en relación al argumento –la exigencia de contrastar el así llamado ensañamiento terapéutico– utilizado con mayor frecuencia en favor de la apertura a la eutanasia.

Sobre todo, se trata de considerar que una perspectiva abierta, en nombre de la autodeterminación, a las prácticas eutanásicas, termina por debilitar la tutela *efectiva* de quien permanece como sujeto moral aún en condiciones de intrínseca debilidad.

Estos son algunos de los puntos más delicados:

a. la atribución del *derecho a morir* impediría, una vez manifestada la voluntad de renunciar a las terapias por parte del paciente, cualquier acto, incluso en el plano del diálogo y de la persuasión, dirigido a contrastar semejante intento, imponiéndole la pura consideración del hecho.

b. la declaración de querer morir por parte del enfermo, lejos de representar una manifestación de libertad, encierra casi siempre un contexto de *abandono terapéutico* y representa una apelación al hacerse cargo de su propia situación existencial, a través de la cercanía humana y los cuidados paliativos;

c. la previsión del derecho a dejarse morir se convierte fácilmente en la culpabilización de los enfermos y de sus familiares que deberían requerir ulteriores inversiones de recursos socio-médicos, una vez superados –aún en ausencia de ensañamiento terapéutico y situaciones similares– los límites relativos a la condiciones de salud más allá de los cuales se propusiese como justificada la renuncia a la tutela;

d. paralelamente, la presentación de la medicina en posibilidad de actividad agresiva, de la cual el enfermo debería defenderse esgrimiendo el derecho a la autodeterminación, que favorece, en concreto, el abandono por parte de los que sufren –aun cuando no esté en juego alguna forma de ensañamiento– y que pueden resultar muy ventajosas desde el punto de vista del costo económico;

e. la total subjetivización de los problemas concernientes a la tutela de la vida, es una carga para el enfermo y para su contexto familiar, habiendo disminuido la referencia a criterios jurídicamente aceptados, de un peso psicológico enorme, que resulta angustiante y desestabilizante, así como predecesor de remordimientos;

f. aparece en todo caso sumamente equívoco, que el derecho que constituye por su propia naturaleza un recurso de sostén de los individuos más débiles o en dificultades, pueda dispensarse de la intervención en favor de los mismos, consintiendo que venga a menos su existencia, es decir, de la situación misma que se configura como apelación a su actuación;

g. de modo similar, aparece no exento de equívoco, e incluso discutible bajo la perspectiva de la laicidad, un derecho que más que limitarse a garantizar el máximo empeño en favor de los más débiles, se aventure a individualizar situaciones extrañas a contextos de ensañamiento terapéutico –dejando entender un juicio de menor valoración de la vida, cuando ésas se manifiesten–;

h. asignar jurídicamente a la (auto)determinación de las partes involucradas, la misma salvaguarda de la vida, significa orientarse en modo decidido a una visión contractualista de la relación médica, en la cual la medicina es concebida como conjunto de meras competencias técnicas, desligadas de la elaboración de criterios aplicativos compartidos. Se corre así el riesgo de notables posturas de naturaleza cautelar, tendientes a minimizar los riesgos de responsabilidad médi-

ca por eventos adversos, más bien que a perseguir el mayor bien del enfermo;

i. admitida la disponibilidad del bien de la vida en el ámbito de la relación médica, aún donde se refiera a la sola abstención de actos terapéuticos, resulta muy débil el límite —lo atestiguan, por otro lado, las recientes propuestas holandesas en relación a los menores y a la fase neonatal— con lógicas de eutanasia *tout court* involuntaria.

Con base en las razones arriba expuestas, el Comité Nacional Italiano para la Bioética ha solicitado⁷, en las *declaraciones anticipadas de tratamiento* que las intervenciones “no contengan disposiciones que tengan finalidades eutanásicas”.

Hay que precisar, por último, que no se podrá exigir la interrupción de aquellos cuidados, siempre debidos, los cuales garantizan lo necesario para vivir a todo individuo, ya sea él, sano o enfermo, como la hidratación, la alimentación, la respiración: quedando a salvo siempre valorar si son proporcionadas en el caso concreto, las modalidades de intervención que resulten necesarias para activarlas.⁸

La practicabilidad de decisiones normativas ausentes de carácter eutanásico

Parece posible explicitar sobre el plano normativo la no correspondencia al deber médico de la activación o de la prosecución de terapias donde éstas se manifiesten desproporcionadas o concernientes a una fase ya terminal⁹, definiendo los criterios del juicio de proporcionalidad (aún en relación al relieve, como más arriba observábamos, de elementos referibles a la personalidad y a la lucha existencial del paciente mismo, adecuadamente informado, y dando por hecho, dadas ciertas condiciones, un opuesto deseo de este último).

Se trata, en otras palabras, de recorrer un camino alternativo a aquel que se concreta en la subjetivización de la materia completa y, en ese sentido, de precisar los criterios que hacer o no *obligatoria* la intervención terapéutica.

Quedando firme, obviamente, una correcta definición de las categorías en juego: el concepto de proporcionalidad, por ejemplo, se en-

tenderá siempre en una lógica que valore los beneficios y los sufrimientos o daños previsiblemente derivados de la actuación de una determinada terapia y no en una óptica que ponga atención a la mera superación de determinadas metas predefinidas (relativas a la evolución de una cierta patología, a la edad, etc.) o de determinados estándares terapéuticos; y firme también, la necesidad de una elaboración transparente en el contexto de las diversas disciplinas médicas acerca de los factores significativos para los fines del juicio arriba mencionado. Para alejar actitudes de intransigencia terapéutica, por tanto, no resulta necesario hacer disponible el derecho a la vida.

Debería ser evitada una fundamentación jurídica de la actividad médica que, reconduciendo esta última a la mera dimensión contractual, se limite a mencionar el consenso del paciente, sin reclamar el respeto de los criterios propios de la ciencia médica, y la inadmisibilidad de una interacción entre médico y paciente que *renuncie* a la tutela (con medios apropiados) de la salud de este último, orientándose por el contrario, a permitir su muerte.

Una cuestión diversa es aquella que se refiere a los *modos* en los cuales el médico esté obligado a realizar la tutela apropiada del enfermo, y esto en relación particular, a la hipótesis por la cual el enfermo conciente rechaza intervenciones no desproporcionadas y no extraordinariamente gravosas en la esfera física, que sean necesarias para la salvaguarda de su vida.

En este caso, no entra para nada en juego un derecho del paciente a disponer de su existencia, si acaso un rechazo indebido de la tutela, que permanece en el momento en el cual no se dé lugar, salvo la activación de específicos procedimientos legales, para una intervención médica sobre la intimidad de la dimensión corpórea en oposición a la voluntad *actualmente* expresada por el enfermo mentalmente capaz.

Por lo cual, sin duda, se confirma *debida* —y sobre todo— en tal hipótesis la activación del médico a través de todas las formas de naturaleza no coercitiva (esmero informativo, persuasión, apoyo psicológico, etc.) idóneas a obtener por parte del enfermo la adhesión a las terapias necesarias para su tutela.¹⁰

Referencias bibliográficas

¹ Se permita la referencia a Eusebi L., *Profili della finalit  conciliativa nel diritto penale*, en DOLCINI E., Paliero C.E., *Studi in onore di G. Manucci, Tomo II*, Mil n: Giuffr , 2006: 1109.

² Cfr. D'AGOSTINO F., *Le tendenze culturali della bioetica e i diritti dell'uomo*, en ID., *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Tur n: Giappichelli, 1998: 9; REICHLIN M., *Il concetto di beneficence" nella bioetica contemporanea*, *Medicina e Morale* 1995, 1: 33-58; ID., *Autonomia e responsabilit  nella sfera procreativa*, en CATORINI P., D'ORAZIO E., POCAR V. (coord.), *Bioetiche in dialogo. La dignit  della vita umana, l'autonomia degli individui*, Milán: Zadig, 1999: 181; v. también PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C., *Per il bene del paziente*, Cinisello Balsamo (Mi): Paoline, 1992:29.

³ En la misma perspectiva, la sentencia del 29 de abril de 2002 de la Corte Europea para los derechos del hombre (caso *Pretty vs. Reino Unido*) clarifica como el art. 2, primera parte, de la *Covenci n para la salvaguarda de los derechos del hombre y de las libertades fundamentales* –según el cual “el derecho a la vida de toda persona es protegido por la ley”– no exprese un intento de tutela referido, y con ello susceptible de poder ser circunscrito, a la *voluntad de vivir* del individuo, sino tenga relación a la vida de un individuo humano en cuanto bien jurídico autónomo.

⁴ Perfiles peculiares, no afrontables en este momento, tienen que ver con el uso del concepto de proporcionalidad de la intervención terapéutica en fase neonatal o precoz, estando en tal caso en juego el desplegarse del (casi) entero arco existencial posible de una vida.

⁵ Cfr. desde el punto de vista teológico-moral, CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia "Iura et bona"* (5.5.1980), n. 14. Sobre la entera problemática, M. CALIPARI, *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico. Etica dell'uso dei mezzi terapeutici e di sostegno vitale*, Cinisello Balsamo (Mi): San Paolo, 2006.

⁶ El  nico caso de relación hacia el *otro* que pueda legítimamente sustentarse, desde el punto de vista jurídico, en la muerte programada del mismo (por tanto, no referida a contextos contingentes referidos a la legítima defensa) parece ser hoy en día –presentes ciertas condiciones y con tal que no se contravengan n veles más altos de civilidad– el matar al enemigo en guerra.

⁷ COMITATO NAZIONALE POR LA BIOETICA, *Dichiarazione anticipata di trattamento* (18.12.2003). Presidencial del Consejo de Ministros. Departamento para la Información y la Editorial, Roma, 2003.

⁸ Id., *L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente* (30.9.2005). Presidencia del Consejo de Ministros. Departamento para la Información y la Editorial, Roma, 2005.

⁹ A fin que el enfermo haya podido resolver cuanto considere un deber antes que termine su vida y, por tanto, no tenga razones que exijan perseguir en cualquier modo la posibilidad de una aún limitadísima prolongación de la misma.

¹⁰ De cuanto se ha dicho se sigue que no podría ser autorizado el actuar del médico o de terceras personas para *desactivar*, provocando la muerte del enfermo, instrumentos o elementos terapéuticos no desproporcionados, que resulten necesarios a la salvaguarda de la vida de este último.

Relaciones médico-paciente: un estudio empírico

Robert T. Hall¹, Jorge Luis Hernández Arriaga², Octavio Carranza Bucio³, Francisco J. Serrano Franco⁴, José Alberto Martínez Pérez⁵, Greg Rosencrance⁶ y Linda St. Clair⁷

Resumen

Este estudio de relaciones médico-paciente en México involucró entrevistas realizadas a 1700 pacientes inmediatamente después de salir de su consulta clínica. Se llevó a cabo entre los años 2004-05 en León, Morelia, Guanajuato y en Charleston, West Virginia, USA. Los propósitos fueron: 1) establecer un base de datos como punto de referencia (benchmark) para investigaciones futuras en instituciones del cuidado de la salud con referencia a la comunicación médico-paciente, a la satisfacción de los pacientes y al consentimiento informado y, 2) hacer una comparación entre las relaciones médico-paciente en México y los Estados Unidos de América. Hicimos varias conclusiones sobre la comunicación médico-paciente, participación del paciente en decisiones con respecto a su cuidado de

¹ Department of Internal Medicine, West Virginia University, (USA).

² Director del Centro de Investigaciones en Bioética de la Universidad de Guanajuato (México)

³ Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Michoacán (México).

⁴ Secretaría Académica, Facultad de Filosofía, Universidad Autónoma de Querétaro (México).

⁵ Investigador Ayudante, Especialista de lengua.

⁶ Associate Professor and Chairman, Department of Internal Medicine, School of Medicine, West Virginia University - Charleston Division, (USA).

⁷ Land Grant Nutrition Specialist, West Virginia State University (USA).

salud y el ambiente social de la consulta médica. Ofrecemos los datos y los cuestionarios completos por internet a cualquier investigador interesado para estudios futuros de acuerdo con sus propios intereses. Además, encontramos que no hubo ninguna diferencia importante en las relaciones médico-pacientes con respecto al consentimiento informado y la satisfacción del paciente entre México y los EEUU.

Abstract

Physician-patient relations: An empirical study

This empirical study of physician-patient relations in Mexico is based upon interviews with 1700 patients immediately following clinic visits. The interviews took place in 2004-05 in León, Guanajuato and Querétaro, Mexico and in Charleston WV, USA. The purposes were (1) to establish a benchmark for future research on physician-patient communication, patient satisfaction and informed consent in specific health care institutions and (2) to draw comparisons between the United States and Mexico with regard to physician-patient relations. We draw various conclusions about physician-patient communication, the participation of patients in health care decisions, and the social context of medical consultations in Mexico. We offer the complete data set and the questionnaires on an Internet site for the use of researchers for future studies. We found no important differences in physician-patient relations between the United States and Mexican samples with respect to informed consent and patient satisfaction.

Palabras clave: Relaciones médico-paciente, Consentimiento informado, Comunicación, Satisfacción del paciente, Comparación México-EEUU.

Key terms: Physician-patient relations, Informed consent, Communication, Patient Satisfaction, Comparison USA-México.

Introducción: relaciones médico-paciente, autonomía y consentimiento informado

Desde hace años se ha discutido ampliamente en torno a conceptos como el de autonomía,⁸ el consentimiento informado,⁹ los derechos del paciente¹⁰ y “la libertad de terapia”¹¹ en la práctica de la medicina. Se ha especulado, tanto formalmente (en la literatura ya citada) como informalmente (en conferencias), que en los países latinoamericanos hay mucho menos énfasis en el consentimiento informado o en la autonomía del paciente que en los Estados Unidos o en Europa. Alternativamente, se ha especulado que la postura de los médicos latinoamericanos es mucho más paternalista que la de los médicos estadounidenses o europeos.

En una investigación previa,¹² realizamos un estudio empírico-comparativo sobre las prácticas y opiniones de médicos de México y de los Estados Unidos, con el propósito de aclarar algunos hechos en relación con las prácticas de los médicos en ambos países. Como resultado de este estudio previo, concluimos que, con referencia al consentimiento informado, los médicos estadounidenses y mexicanos manifestaron que su práctica clínica es casi igual. Dijeron por igual que explican el diagnóstico a los pacientes, que les ofrecen información sobre los tratamientos alternativos y que les informan acerca de las consecuencias probables en caso de no aceptar el tratamiento. El estudio actual aborda el asunto de relaciones médico-paciente en México desde la perspectiva de los pacientes.

Aunque esta investigación es un estudio empírico, tenemos que utilizar varios conceptos filosóficos como «consentimiento informado» y «autonomía». Por supuesto, estos conceptos son problemáticos, pero no es nuestra intención, en este momento, entrar en un análisis conceptual o filosófico. Creemos que es necesario abordar este asunto por medio de investigaciones basadas en datos empíricos en vez de cualquier otro tipo de análisis.

Desde hace algunos años, el campo de la bioética ha alcanzado un marco de discusión a pesar de que el ámbito era en sí mismo, filosóficamente, pluralista. Nos referimos al planteamiento de la bioética llamado el «método de los principios».¹³ El enfoque de este planteamiento fue la identificación de algunos principios básicos de la bioé-

tica con respecto a los cuales la gente de diversas perspectivas filosóficas podría estar de acuerdo. De esta forma, en muchos libros se puede encontrar una lista de cuatro principios básicos de la bioética, de entre los cuales, usualmente, se ubica al concepto de autonomía en un lugar preponderante, en relación con el cual se interpreta la función de los restantes principios.

De acuerdo con este enfoque, la autonomía es el derecho básico del individuo de elegir por sí mismo su tratamiento médico. La autonomía incluye dos aspectos formales: la libertad respecto de la influencia controladora y la capacidad de acción intencional. Además, hay dos requisitos para que se realice la autonomía del individuo en la práctica: información adecuada para que la decisión sea informada y la oportunidad para que el paciente participe en la relación médico-paciente.

De esta manera, el principio de autonomía en el contexto de la bioética nos conduce directamente al concepto del consentimiento informado como derecho jurídico. El proceso del consentimiento informado es el único que asegura que el paciente elija o rechace el cuidado médico de acuerdo con sus propios deseos y creencias. No obstante, el consentimiento informado no es simplemente una actitud permisiva, que otorga al paciente este derecho a condición de que el paciente lo exija. Hay, por ejemplo, gente demasiado tímida para imponerse efectivamente en la relación médico-paciente. Para que el paciente dé su consentimiento informado, es necesario que el médico le proporcione tanto la información necesaria para una decisión como la oportunidad para participar en la consulta clínica. Normalmente, según el enfoque bioético mencionado, esta información incluye cinco puntos:

1. una explicación de la enfermedad o condición,
2. información acerca del tratamiento propuesto,
3. un recuento de los riesgos y beneficios esperados del tratamiento propuesto,
4. información sobre otros tratamientos disponibles, sus posibles riesgos y beneficios potenciales,
5. las consecuencias probables si el paciente rechaza cualquier tratamiento.

El propósito del estudio actual

El objetivo principal del presente estudio, como investigación empírica, es averiguar la dinámica de la relación médico-paciente en la práctica normal de la medicina clínica respecto a los aspectos cruciales del consentimiento informado. De acuerdo con este propósito, llevamos a cabo una encuesta en forma de entrevistas con pacientes en varias clínicas en las ciudades de León, Morelia y Querétaro, en México, durante los años 2004 y 2005.¹⁴ Hicimos algunas preguntas respecto las opiniones de los pacientes en relación con la atención y el interés del doctor, así como otras específicamente relacionadas con el consentimiento informado, por ejemplo:

¿Entendió usted bien las palabras o el lenguaje que usó el doctor para explicarle su condición?

¿Le explicó a usted el doctor el tratamiento de manera clara?

¿Le dijo a usted el doctor lo que podría pasar sin el tratamiento?

Otras preguntas estuvieron relacionadas principalmente con la participación del paciente en su propio cuidado:

¿Le preguntó el doctor si tenía usted preguntas o dudas?

¿Se sintió usted en confianza con el doctor cuando usted le preguntó?

¿El doctor le pidió a usted su opinión antes de recetarle medicamentos o darle tratamiento?

¿Estuvo usted de acuerdo con lo que el doctor recetó o lo que le recomendó o le prohibió a usted?

La encuesta actual solamente se limitó a la opinión del paciente respecto a estos asuntos y no incluimos ninguna referencia a las opiniones de los médicos, puesto que ya hemos estudiado la perspectiva de los médicos en la investigación anterior.¹⁵

Un propósito secundario del presente estudio es el de establecer un punto o estándar de referencia (*benchmark*) para investigaciones futuras de la satisfacción de los pacientes y del consentimiento informado. Puesto que no hubo estudios de la satisfacción de los pacientes con muestras de este tamaño, esperamos que se puedan utilizar estos datos para evaluaciones comparativas. En conformidad con este propósito, ponemos a disposición de quienes estén interesados todos los datos de este estudio como se indica más abajo.

Material y métodos

Con la ayuda de estudiantes de medicina y antropología entrevistamos a más de 1560 pacientes inmediatamente después de salir de su consulta clínica. El objetivo de esta encuesta fue averiguar, en términos generales, el carácter de la relación médico-paciente en cuanto al asunto de comunicación y a la participación del paciente en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento médico.

Los estudiantes, después de su capacitación, realizaron entrevistas estructuradas en siete clínicas hospitalarias con pacientes que salían de sus consultas. Los entrevistadores se presentaban indicando que no formaban parte del personal de la clínica y aseguraban a los posibles entrevistados que sus respuestas serían anónimas (lo que podían constatar porque en ningún momento se les pedía su nombre). A los pacientes se les explicaba brevemente el propósito de la entrevista y se les invitaba a ser entrevistados. Los entrevistadores leyeron las preguntas a los pacientes y, si era necesario, les aclaraban los puntos que no entendieran o no resultaran claros para ellos.

Con referencia a esta encuesta, es difícil determinar la consistencia o fiabilidad del instrumento porque está diseñado como una única representación de los pensamientos del paciente. No sirve para comparar las opiniones de un paciente con otro después de consultar al mismo médico, porque los médicos tratan a sus diferentes pacientes de manera distinta e individual como sea necesario y apropiado: tampoco forma parte de los objetivos de la encuesta determinar la regularidad en el comportamiento de los médicos. Para determinar la consistencia del instrumento, empleamos un test-retest en los estudios-pilotos para desarrollar el cuestionario y, aunque la fiabilidad era bastante alta, creemos que esta prueba no es decisiva debido al contenido del cuestionario.

En nuestra opinión, la única manera para confirmar la fiabilidad del instrumento es comparar las respuestas del mismo paciente a preguntas iguales o similares. Del elenco de preguntas, dos preguntas hemos considerado lo suficientemente comparables como para hacer una prueba general de fiabilidad:

¿Siente que el doctor puso atención a lo que le dijo usted? En su opinión, ¿el doctor estuvo realmente interesado en su problema?

Los resultados de un análisis de las respuestas a estas preguntas indicaron tanto un nivel de acuerdo estadísticamente significativo con ji-cuadrada de 914.907 y $p = 0.000$ confirmado por la prueba gamma de Goodman y Kruskal de 0.834, como un fuerte acuerdo de la dirección de las respuestas.

Resultados y discusiones

Puesto que de este tipo de entrevista se obtiene mucha información, relatamos en este informe los resultados sustanciales (tanto positivos como negativos), utilizando sólo porcentajes, las pruebas ji-cuadradas y probabilidades de error. Como referencia, ponemos datos más amplios incluyendo las tablas de porcentajes para la mayoría de estos resultados, los cuestionarios completos y los archivos de datos en un sitio web de la Universidad Autónoma de Querétaro, en el URL <http://www.uaq.mx/filosofia/investigacion/fco-serrano/>. En vista de que no hay muchos datos iguales disponibles para comparaciones evaluativos con respecto a la relación médico-paciente, invitamos a cualquier interesado a utilizar estos datos de acuerdo con sus propios intereses.

Demográficos

La muestra se compuso de 497 hombres (32%) y 1055 mujeres (68%). La distribución de los pacientes por tipo de clínica fue: del IMSS 30.3%, del ISSSTE 36.6%, de la SSA 16.7% y privada 16.7%. Con respecto a los médicos, las consultas de los pacientes fue: 71.1% con doctores y 28.9% con doctoras. La educación de los pacientes fue: Básica, 29.1%. Media, 39.3% y Superior, 31.6%. No hubo ninguna diferencia significativa entre los hombres y las mujeres con respecto a su educación ($\chi^2 = 4.444$, $p = 0.108$). Sin embargo, hubo una diferencia pequeña, pero significativa estadísticamente, entre los hombres y las mujeres con respecto a su edad, principalmente en la categoría 65+ ($\chi^2 = 13.306$, $p = 0.004$). Las pacientes mujeres tuvieron más enfermedades agudas y los hombres las más crónicas ($\chi^2 = 5.259$, $p = 0.022$).

Discusión (demográficos)

Puesto que se balanceó suficientemente la muestra en los aspectos principales, no consideramos que sus diferencias sean de gran importancia aunque, por supuesto, usamos las variables demográficas en el análisis siguiente como es apropiado.

Comunicación

Explicación de la enfermedad

El 87.9% de los pacientes entrevistados (N = 1531) dijo que el médico explicó su enfermedad o condición de manera clara. Hubo una relación significativa ($c^2 = 7.788$, $p = 0.050$) entre la edad del paciente y su opinión sobre la explicación de su enfermedad por parte del médico. Los pacientes entre 31 – 50 años de edad, en comparación con los demás, nos dijeron que la explicación no fue clara con un 4.8% más de frecuencia ($c^2 = 7.662$, $p = 0.006$). No hubo ninguna relación entre el sexo del paciente y su opinión sobre la claridad de la explicación de su condición ($c^2 = 1.697$, $p = 0.193$).

Términos médicos

El 88.7% de la muestra indicó que había entendido bien las palabras o el lenguaje que usó el doctor para explicarle su condición. No hubo diferencia según el sexo del paciente, tampoco por edad del paciente ni por sexo del médico. Sin embargo, hubo una diferencia con respecto a la educación del paciente en el entendimiento de las palabras usadas por el médico. Los pacientes con educación superior indicaron que habían entendido las palabras del médico (92.2%) significativamente más que aquellos con educación básica y media (87.5%) ($c^2 = 6.906$, $p = 0.032$).

De los pacientes que dijeron que no habían entendido las palabras del médico, un porcentaje muy alto (23.1%) también opinó que el médico no les pareció realmente interesado en su problema. La magnitud de esta relación fue realmente sorprendente ($c^2 = 137.093$, $p =$

0.000). Además, por una diferencia igualmente grande, un total de 26.2% de los pacientes quienes dijeron que no habían entendido o que casi no habían entendido las palabras del médico también nos dijeron que el médico no puso atención en lo que le dijeron, comparado con un 4.2% de aquellos que habían entendido al médico ($\chi^2 = 141.331$, $p = 0.000$).

Cuando el médico fue bien entendido, el 92.6% de los pacientes indicó su acuerdo con lo que el doctor les recetó, o lo que les recomendó, mientras que cuando el médico no fue bien entendido, solamente el 66.9% de los encuestados estuvo de acuerdo con lo que el doctor les recetó ($\chi^2 = 102.954$, $p = 0.000$). Y cuando el médico fue bien entendido el 83.0% de los pacientes indicó que “estuvo contento con la atención de este doctor”; en contraste, cuando el médico no fue bien entendido, solamente el 56.3% de los entrevistados estuvo contento ($\chi^2 = 101.216$, $p = 0.000$).

El acento del médico

Preguntamos también “¿Tuvo usted problemas con el idioma que habla el doctor o con el acento del médico?” El 34.1% de los entrevistados (en este caso $N = 869$) dijo que sí habían tenido problemas con el acento del médico: hombres y mujeres por igual y jóvenes y los de tercera edad por igual. Los entrevistados de educación media, no obstante, dijeron que sí habían tenido problemas mucho más frecuentemente ($p = 0.030$) que aquellos con educación básica o superior.

Pero no hubo ninguna relación entre los pacientes que indicaron que habían tenido problemas con el acento o el idioma del médico y sus opiniones (1) sobre la atención del médico a lo que el paciente dijo ($p = 0.078$), (2) sobre el interés del médico ($p = 0.717$), (3) si el paciente estuvo de acuerdo con el médico ($p = 0.876$), o (4) si el paciente estuvo contento con la atención del médico ($p = 0.845$).

Explicación del tratamiento

Un aspecto clave, tanto de la comunicación médico-paciente como del consentimiento informado, es la explicación del tratamiento pro-

puesto. Con el propósito de averiguar esto, preguntamos a los entrevistados: “¿Le explicó a usted el doctor el tratamiento de manera clara para usted?” El 88.7% dijo que sí. No encontramos ninguna diferencia en la claridad de las explicaciones entre los pacientes-hombres y las pacientes-mujeres. Tampoco la edad del paciente influyó en su opinión de la claridad de los médicos. Pero sí hubo una diferencia en su opinión de la explicación del tratamiento con respecto a los niveles educacionales de los pacientes. Aquellos con educación básica se mostraron más dispuestos a decir que el médico no había explicado su tratamiento de manera clara ($\chi^2 = 9.946$, $p = 0.007$).

Consistentemente con los resultados mencionados, hubo fuertes relaciones entre si el paciente había entendido o no la explicación del tratamiento y los índices de la satisfacción del paciente. Al respecto, las estadísticas ji-cuadradas resultaron lo bastante grandes como se pueden apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1: Explicación del tratamiento e índices de satisfacción del paciente

El doctor estuvo realmente interesado	$\chi^2 = 192.109$	$p = 0.000$
El paciente estuvo contento con la atención del doctor	$\chi^2 = 190.365$	$p = 0.000$
El paciente estuvo de acuerdo con el médico	$\chi^2 = 110.077$	$p = 0.000$
El doctor puso atención a lo que le dijo el paciente	$\chi^2 = 116.322$	$p = 0.000$

Cuidado en casa

Como parte de la comunicación médico-paciente, preguntamos a los pacientes si el médico les había dicho claramente lo que deberían hacer en casa para cuidarse. El 82.0% respondió que sí. Aunque más mujeres que hombres contestaron “No” a esta pregunta, la diferencia

no fue significativa estadísticamente ($p = 0.083$). Tampoco hubo ninguna diferencia por edad de los pacientes, ni por su educación o por el sexo del médico.

Interrupciones

Finalmente, como un aspecto importante de la comunicación médico-paciente, les preguntamos a nuestros entrevistados si hubo interrupciones durante la consulta. El 24.1% de los pacientes nos dijo que sí, mientras que el 75.9% que no. Tampoco hubo diferencias ni por edad ni por educación del paciente, pero sí hubo una diferencia respecto del sexo. Los hombres indicaron más interrupciones (29.5%) que las mujeres (21.2%). Tomando esto en cuenta, sin embargo, encontramos una relación muy fuerte entre las interrupciones en la consulta con las medidas de comunicación y satisfacción, tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2: Interrupciones durante la consulta e índices de satisfacción

El doctor puso atención a lo que le dijo el paciente	$c^2 = 43.581$	$p = 0.000$
El doctor estuvo realmente interesado	$c^2 = 30.484$	$p = 0.000$
El paciente estuvo de acuerdo con el médico	$c^2 = 11.480$	$p = 0.000$
El paciente estuvo contento con la atención del doctor	$?c^2 = 23.685$	$p = 0.000$

Discusión (comunicación)

Los pacientes con educación superior entendieron las explicaciones del médico (tanto de su enfermedad como del tratamiento ofrecido) más que aquellos con educación básica o media. Esto podría parecer

normal. Sin embargo, hay una relación clara entre el entendimiento de la explicación médica y la percepción por parte del paciente de que el médico puso atención a lo que le dijo, así como que el médico se mostró interesado en su problema.

Aparentemente, el uso de términos médicos (y malentendidos), afecta mucho la percepción del paciente acerca del interés o de la atención del médico, pero en contraste, el acento o dialecto del médico no tuvo el mismo efecto. Debemos mencionar que, sin una teoría que relacione las variables una con otra, incluso fuertes relaciones como éstas no constituyen una prueba de causa y efecto. Podríamos sugerir, sin embargo, que el uso de términos técnicos o médicos puede dar al paciente la impresión de que el médico no se da cuenta de, o tiene poca apreciación de la situación del paciente y en consecuencia, está menos interesado en la relación médico-paciente. Hace años, los sociólogos de la medicina especulaban que el uso de términos técnicos era una manera en que los médicos se distanciaban de los neófitos (pacientes) y guardaban su autoridad profesional.¹⁶ Por supuesto, aun cuando no sea necesariamente intencional el uso de jerga especializada por parte de los médicos, al parecer su uso sí tiene los efectos consignados aquí.

Finalmente, es obvio que las interrupciones durante la consulta tienen mucho que ver con la comunicación médico-paciente y con el éxito de la consulta según la opinión del paciente. A los pacientes no les gustan las interrupciones en absoluto.

Participación del paciente

En la comunicación de información acerca de la enfermedad y el tratamiento propuesto, es necesario para el consentimiento informado que el paciente participe apropiadamente en la toma de decisiones en cuanto a su cuidado. La participación del paciente tiene varios aspectos.

Preguntas

En primer lugar es necesario que el paciente tenga oportunidad para hacer preguntas o expresar dudas. Esto requiere que el médico pre-

gunte al paciente si tiene algunas preguntas o dudas. Conforme a esto, preguntamos a los pacientes: “¿Le preguntó el doctor si tenía usted preguntas o dudas?” El 52.7% de los entrevistados nos dijo que sí, el 47.3% contestó “No.” No hubo ninguna diferencia en relación con el sexo del paciente. Sin embargo, hubo diferencias en cuanto a la edad del entrevistado y su educación. Los de menor edad indicaron que el médico les había preguntado si tuvieron preguntas o dudas más frecuentemente ($c^2 = 23.568$, $p = 0.000$). Además, los de educación superior nos dijeron más frecuentemente que el médico les había preguntado sobre sus dudas ($c^2 = 52.208$, $p = 0.000$). Además, el médico le solicitó al paciente sus preguntas más a menudo si éste estaba acompañado por un familiar o por un amigo ($c^2 = 11.945$, $p = 0.000$).

Los pacientes quienes dijeron que el médico preguntó sobre sus dudas estuvieron más dispuestos a tener una opinión buena de la atención del médico. Con mayor frecuencia nos dijeron que el doctor estaba realmente interesado en su problema, lo que se expresa con porcentajes muy grandes ($c^2 = 137.524$, $p = 0.000$). Igualmente, los entrevistados dijeron que estaban contentos con la atención del médico cuando éste los había invitado a plantear sus preguntas o dudas, ($c^2 = 91.048$, $p = 0.000$), asimismo, que estaban más de acuerdo con lo que les recetó ($c^2 = 50.224$, $p = 0.000$) e indicaron más frecuentemente que el médico había puesto atención a lo que le habían dicho ($c^2 = 86.335$, $p = 0.000$).

Confianza

El ambiente de la consulta médica también es importante para que el paciente exprese preguntas o dudas. El 55.6% de los entrevistados nos dijo que tuvo preguntas o dudas. Cuando el médico les solicitó preguntas, el 65% de los pacientes hizo una pregunta; cuando el médico no solicitó preguntas, la frecuencia de las cuestiones bajó a 44.2% (una relación significativa al nivel de $p = 0.000$).

Además, la confianza del paciente al hacer preguntas estuvo relacionada significativamente ($p = 0.000$) con si el médico le había invitado o no a plantear sus preguntas o sus dudas. El 97.2% de los pacientes nos afirmó su confianza en el caso de que el médico les había

solicitado sus dudas, en comparación con un 74.1% de confianza cuando el médico no las había solicitado.

En contraste con si el médico había solicitado dudas, las preguntas por parte del paciente fueron estadísticamente independientes de su opinión sobre si el médico le hubiera prestado atención a lo que le dijo, también de su opinión del interés del médico y de si el paciente había estado de acuerdo o no con el doctor. Sin embargo, hubo una relación entre la satisfacción del paciente con la atención del médico y si el paciente tuvo preguntas o no ($p = 0.022$). (La razón de esto queda poco clara: puede ser que los pacientes no satisfechos como consecuencia de esto hayan hecho más preguntas). La mayoría aplastante (91.2%) de aquellos quienes hicieron preguntas se sintió en confianza con el médico al preguntar y el 92.9% nos dijo que había entendido la respuesta.

Tratamientos alternativos

Para participar en decisiones relacionadas con su tratamiento, es necesario que el paciente conozca las opciones a su alcance. Así que preguntamos a los pacientes: “¿Le mencionó a usted la posibilidad de otro tratamiento u otra alternativa para curarse?” Con esta pregunta, solamente el 37.4% de la muestra nos dijo que sí. Aunque más hombres (39.1%) que mujeres (36%) indicaron que el médico les mencionó la posibilidad de otro tratamiento u otra alternativa para curarse, no obstante, esta diferencia entre hombres y mujeres no fue significativa estadísticamente ($p = 0.247$) y no hubo ninguna diferencia por edad ($p = 0.108$). Pero sí encontramos una diferencia significativa en cuanto a la educación del paciente. Mientras más educación tenía el paciente, más decían ellos que el médico le había mencionado tratamientos alternativos –desde el 30.8% al nivel básico de educación hasta el 44.5% al nivel superior ($\chi^2 = 17.695$, $p = 0.000$).

Además, hubo una relación fuerte entre, por una parte, mencionar tratamientos alternativos con, por otra parte, nuestras medidas sobre la satisfacción del paciente. Aquellos pacientes que dijeron que el médico había mencionado otros tratamientos, expresaron con mayor frecuencia que el doctor estuvo realmente interesado en su problema

($c^2 = 49.488$, $p = 0.000$). Los pacientes que dijeron que el médico mencionó otros tratamientos, también dijeron más frecuentemente que estuvieron contentos con la atención del doctor por más de un 20% de diferencia ($c^2 = 33.432$, $p = 0.000$) y que estuvieron más de acuerdo con lo que el doctor les recetó, recomendó o prohibió ($c^2 = 17.460$, $p = 0.000$). Adicionalmente, quienes dijeron que el médico mencionó otros tratamientos, también expresaron más frecuentemente que el médico les puso atención ($c^2 = 24.021$, $p = 0.000$).

El rechazo del tratamiento

Preguntamos a los pacientes también, como requisito de la participación del paciente en el proceso de consentimiento informado: “¿Le dijo a usted el doctor lo que podría pasar sin el tratamiento?” El 71.1% de los encuestados nos dijo que sí, significativamente más hombres (75.5%) que mujeres (69.0%) y aquellos con educación superior mucho más (79.2%). Los médicos-hombres y médicos-mujeres les informaron a sus pacientes sobre las consecuencias del rechazo al tratamiento por igual. Los índices de satisfacción del paciente estuvieron relacionados con el hecho de si el médico le había dicho al paciente lo que podría pasar sin tratamiento, y fueron casi iguales a aquellos que encontramos sobre la discusión de tratamientos alternativos, salvo que la relación entre esta variable y la opinión del paciente del interés del doctor fue muy alta ($c^2 = 215.216$, $p = 0.000$).

Solicitud de la opinión del paciente

Un aspecto muy difícil de medir es: ¿hasta qué punto el paciente participa en las decisiones acerca de su cuidado de salud? Después de varios intentos-pilotos, incluimos una pregunta directa sobre esto: “¿El doctor o la doctora le preguntó a usted sobre su opinión al recetarle medicamentos o darle tratamiento?” El 46.5% de los entrevistados respondió que sí. Una vez más, esta pregunta se relacionó muy fuertemente con los índices de satisfacción del paciente, lo que se muestra en la Tabla 3 en la página siguiente.

Tabla 3. Participación del paciente e índices de satisfacción

El doctor estuvo realmente interesado	$c^2 = 96.951$	$p = 0.000$
El paciente estuvo contento con la atención del doctor	$c^2 = 48.667$	$p = 0.000$
El paciente estuvo de acuerdo con el médico	$c^2 = 38.158$	$p = 0.000$
El doctor puso atención a lo que le dijo el paciente	$c^2 = 61.559$	$p = 0.000$

Acuerdo

Finalmente, como una última indicación del consentimiento informado, preguntamos: “¿Estuvo usted de acuerdo con lo que el doctor recetó o lo que le recomendó o le prohibió a usted?” El 89.5% de los entrevistados dijo que sí y no hubo distinciones por edad ($p = 0.491$), ni por sexo del paciente ($p = 0.773$), ni por educación ($p = 0.408$). Tampoco hubo una diferencia con respecto al sexo del médico ($p = 0.565$).

Esta variable (el acuerdo del paciente) es una más de las variables que hemos usado para medir la satisfacción del paciente. Es similar a los otros, especialmente si el paciente estuvo contento con la atención del médico o no. Cuando se relaciona el acuerdo con el médico con esta última, puede esperarse una relación alta. De hecho, estuvieron relacionados significativamente el acuerdo del paciente con el médico con su opinión de la atención del médico a lo que el paciente le dijo ($c^2 = 181.593$, $p = 0.000$) y con si el paciente estuvo contento con la atención del médico ($c^2 = 153.338$, $p = 0.000$).

Sin embargo, hay distinciones importantes entre estas variables. La opinión del paciente sobre el interés del médico en su problema, por ejemplo, es cosa diferente que su aceptación de lo que el médico recetó. No obstante, encontramos que la relación entre el acuerdo del

paciente con el doctor y su opinión del interés del doctor en su problema fue la más fuerte que hemos encontrado de estos datos ($\chi^2 = 283.696$, $p = 0.000$).

Discusión (participación)

Poco más de la mitad de los pacientes entrevistados dijo que el médico les había preguntado sobre sus dudas. En vista de que los pacientes que dijeron que el médico los invitó a expresar sus preguntas estuvieron más dispuestos a hacer preguntas y a tener una buena opinión del cuidado del médico, concluimos que sería mejor si el médico los invita a plantear sus dudas y preguntas. Al parecer, también, la invitación a hacer preguntas puede subir el nivel de confianza en el médico por parte de los pacientes.

Entre los aspectos cruciales del consentimiento informado, el que recibió el nivel más bajo fue la explicación de tratamientos alternativos por parte del médico (un 37.4%). Puesto que hubo una relación fuerte entre la mención de tratamientos alternativos y nuestros índices de satisfacción del paciente, parece que cuanto más se discuten las opciones para el tratamiento, el paciente está más dispuesto a estimar al médico. Igual sucede cuando el médico le preguntó al paciente su opinión sobre el tratamiento ofrecido. Aparentemente, el acuerdo del paciente con lo que el doctor le recetó, o le recomendó o le prohibió tiene muchísimo que ver con su opinión sobre el interés del médico en su problema. Estos resultados deben informarles a los médicos que la participación de los pacientes en la consulta médica es muy importante para lograr el éxito.

Ambiente social

Además de la comunicación médico-paciente y la participación del paciente en decisiones sobre su cuidado médico, investigamos dos puntos importantes relacionados con el ambiente social de la consulta médica.

Preferencia por médico

Como parte de esta entrevista, hicimos dos preguntas sobre el sexo del médico con el propósito de averiguar si esto tuvo algunos efectos en la relación médico-paciente. Para ser precisos, estas preguntas fueron: “¿El doctor que lo atendió fue hombre o mujer?” y “¿Se siente más cómodo cuando lo atiende un hombre o una mujer o le es indiferente?”

Con respecto a las preferencias por médicos-hombres o médicos-mujeres, la mayoría de los pacientes se mostró indiferente al sexo de su médico (70.4%). Sin embargo, las mujeres que expresaron su preferencia por médico-mujer (25% de ellas) dijeron sentir con frecuencia significativa que una médico-mujer ponía más atención a lo que le decían que un médico-hombre. Además, las mujeres de este grupo, dijeron que las doctoras estuvieron realmente interesadas en su problema más frecuentemente que los doctores y se mostraron más contentas cuando consultaban con una médico-mujer (en un 18.4% de diferencia).

Con respecto a la explicación de los tratamientos, fue evidente que hay una diferencia dentro del grupo de mujeres que tenía preferencia por médico-mujer. Aquellas con médicos-mujeres (principalmente mujeres jóvenes y aquellas con educación media) nos afirmaron que las explicaciones de las doctoras fueron claras más frecuentemente que las mujeres que no recibieron atención de un médico de su preferencia.

Participación de familiares

El 52.9% de los entrevistados estuvo acompañado en la consulta por un familiar o por un amigo. Además, cuando les preguntamos: “¿Siempre que va usted al doctor prefiere estar acompañado por un familiar o por un amigo?” el 59.7% afirmó que sí. No hubo ninguna diferencia entre los hombres y las mujeres, sin embargo, con mayor frecuencia los pacientes más jóvenes y aquellos de más de 65 años estuvieron acompañados, por contraste con los de edad mediana. Por otra parte, aquellos con educación básica fueron acompañados más frecuentemente que los demás.

Con respecto a nuestros índices de satisfacción del paciente, si el paciente estuvo acompañado por un familiar o no, estuvo significativamente relacionado con la opinión del paciente de que el médico había puesto atención a lo que le dijo ($\chi^2 = 26.700$, $p = 0.000$), también de su opinión del interés del médico ($\chi^2 = 20.004$, $p = 0.000$).

Discusión (ambiente social)

En general, podríamos concluir que la preferencia del 25% de las mujeres por médico-mujer es importante por: 1) en cuanto a la apreciación de estas pacientes de la atención e interés del médico, 2) en cuanto a la comunicación médico-paciente y (3) en cuanto a la participación de estas pacientes en su cuidado de salud. Aparentemente, para estas mujeres el sexo del médico determina en gran medida su satisfacción en la consulta médica.

También muchos pacientes mostraron preferencia por estar acompañados por un familiar o amigo. Puesto que la fuerza de nuestros índices de satisfacción subió si tomamos en cuenta solamente aquellos quienes nos dijeron que preferían estar acompañados, es claro que el acompañamiento a la consulta por otra persona puede ser muy importante para muchos pacientes.

Una comparación internacional

Puesto que hemos usado varias medidas de consentimiento informado y satisfacción de los pacientes como criterio para juzgar la eficacia de la relación médico-paciente, sería apropiado hacer una comparación de los pacientes mexicanos con los de otros países. Ya que no existe evidencia empírica para comparaciones adecuadas de este tipo, desarrollamos nuestros propios datos por medio de la misma entrevista con una muestra estadounidense (209 pacientes de clínicas de la *Charleston Area Medical Center* en el estado de West Virginia).

Aunque vamos a presentar detalladamente estos resultados comparativos de manera separada, podemos notar los siguientes puntos en el presente. Los pacientes de los dos países aprobaron las explicaciones de la enfermedad por igual ($\chi^2 = 3.407$, $p = 0.065$), aunque los

pacientes estadounidenses aprobaron las explicaciones del tratamiento más, en un 5.6% ($c^2 = 5.679$, $p = 0.017$). Los pacientes mexicanos nos dijeron que habían entendido la palabras medicas más que los estadounidenses en un 9.5% ($c^2 = 14.214$, $p = 0.000$), sin embargo, los pacientes estadounidenses tuvieron menos problemas con el acento o dialecto del médico en casi un 20% ($c^2 = 26.496$, $p = 0.000$). No hubo ninguna diferencia en si el médico le informó al paciente lo qué podría pasar sin el tratamiento o no ($c^2 = 1.082$, $p = 0.298$). Los médicos de los Estados Unidos invitaron a los pacientes a plantear preguntas o dudas más frecuentemente ($c^2 = 74.604$, $p = 0.000$), pero los pacientes de ambos países hicieron preguntas con frecuencia igual ($c^2 = 0.588$, $p = 0.443$).

Con respecto a los diferentes índices de satisfacción que utilizamos, no hemos encontrado ninguna diferencia significativa estadísticamente entre los pacientes mexicanos y los pacientes estadounidenses como se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Comparación entre los pacientes mexicanos y estadounidenses

El doctor estuvo realmente interesado	$c^2 = 5.181$	$p = 0.159$
El paciente estuvo contento con la atención del doctor	$c^2 = 4.538$	$p = 0.209$
El paciente estuvo de acuerdo con el médico	$c^2 = 3.369$	$p = 0.066$
El doctor puso atención a lo que le dijo el paciente	$c^2 = 5.518$	$p = 0.138$

Discusión

Aunque existen diferencias en los detalles entre los dos países, por lo general los pacientes mexicanos y los pacientes estadounidenses nos informaron de experiencias muy similares con respecto a las relaciones médico-pacientes.

Conclusiones

Aunque fue evidente que la gran mayoría de los pacientes entrevistados dijo que el médico le explicó su enfermedad y el tratamiento ofrecido de manera clara, descubrimos que el uso de los términos médicos técnicos afectó de manera negativa la opinión del paciente acerca del interés del médico en su problema y su opinión de la atención que el médico mostró. No obstante, aunque una tercera parte de los pacientes nos dijo que habían tenido problemas con el acento del médico, el acento o dialecto del médico no tuvo el efecto negativo producido por el uso del vocabulario médico técnico.

Aquellos pacientes que nos dijeron que el médico solicitó sus preguntas o dudas estaban más dispuestos a pensar que el médico había puesto atención a su problema y que estaban contentos con la atención del doctor. Además, encontramos relaciones muy fuertes entre interrupciones durante la consulta y la insatisfacción del paciente con respecto a la comunicación médico-paciente. Por lo tanto, destacamos que la invitación a plantear preguntas o dudas por parte del médico y el evitar de interrupciones durante la consulta pueden mejorar las opiniones de los pacientes en cuanto a la atención del médico y la satisfacción del paciente con sus servicios. Concluimos además que, aunque las medidas de comunicación y de consentimiento informado fueron fuertes a favor de la práctica actual de los médicos, hubo indicaciones de que se puede mejorar esto con respecto a grupos específicos, por ejemplo, los de mayor edad y los de nivel básico de educación.

Referencias bibliográficas

⁸ Véase ARLEEN L. F. SALLES, "Autonomy and Culture: The Case of Latin America", en Arleen L. F. Salles y María J. Bertomeu (eds.), *Bioethics: Latin American Perspectives*, Amsterdam, Rodopi, 2002; Carl E. Schneider, *The Practice of Autonomy*, Oxford, Oxford University Press, 1998; Susan Sherwin, "A Relational Approach to Autonomy in Health Care", en Susan Sherwin et al. (eds.), *The Politics of Women's Health*, Philadelphia, Temple University Press, 1998.

⁹ Ruth R. Faden y Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford, Oxford University Press, 1986; Jessica W. Berg et al., *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*, 2a. ed., Oxford, Oxford University Press, 2001.

¹⁰ HILDE LINDEMANN Y JAMES LINDEMAN, *The Patient in the Family*, New York, Routledge, 1995.

¹¹ MIRENTXY CORCOY BIDASOLO, "Libertad de terapia versus consentimiento", en María Casado, *Bioética. Derecho y sociedad*, Valladolid, Trotta, 1998.

¹² HALL, R. T., GREG ROSENCRANCE AND BLAKE SYPHER. La relación médico-paciente en México y los Estados Unidos: un estudio empírico. *Perspectivas Bioéticas*, 2004 Vol. 9 (16): 103-126

¹³ BEAUCHAMP, T. AND CHILDRESS, J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1979 (Fourth Edition, 1994).

¹⁴ Estas investigaciones fueron apoyadas por una beca Fulbright-Hayes del Departamento de Educación de los Estados Unidos por medio de West Virginia State University. La beca estuvo bajo de la autoridad de la Comisión México-Estados Unidos para el Intercambio Educativo y Cultural (COMEXUS) y la institución patrocinadora fue la Comisión Nacional de Bioética, México, DF. El investigador principal fue Robert T. Hall, Ph.D., y los colaboradores fueron el doctor Jorge Luis Hernández Arriaga, el doctor Octavio Carranza Bucio y el Maestro Francisco Serrano.

¹⁵ HALL, R. T., GREG ROSENCRANCE AND BLAKE SYPHER. La relación medico-paciente en México y los Estados Unidos: un estudio empírico. *Perspectivas Bioéticas*, Vol. 9 (16): 103-126.

¹⁶ Cockerham, William C., *Sociología de la Medicina*, 8.a Edición, 2001, México, D.F.: Prentice Hall; Parsons, Talcott, *The Social System*, 1951, Glencoe, IL: The Free Press.

¿Podemos justificar biológicamente como confiables nuestros métodos científicos mas básicos?*

Armando Cíntora G.**

Resumen

Se argumenta que una justificación evolucionista de nuestros presupuestos metodológicos más básicos, es viciosamente circular y que incluso hay razones para dudar de la racionalidad de una explicación evolucionista de nuestros presupuestos metodológicos.

Abstract

We argument that the evolutionism justification of our Basic methodological presumptions is a circular argument. Also that we have reasons to put in doubt the rationality of the evolutionist perspective of our methodological assumptions.

Palabras clave: evolucionismo, ciencia, metodología.

Keywords: evolutionism, science, methodology.

* Ponencia presentada en el Seminario sobre Bioética y Evolución Humana.

** Departamento de Filosofía, UAM-I. Correo: cintoral@prodigy.net.mx

Para razonar, para aprender del mundo, para hacer ciencia, requerimos de capacidades intelectuales tales como la percepción, la memoria, la intuición intelectual, así como de algunos métodos muy básicos tales como la deducción, la inducción, la abducción. Si quisiéramos ser plenamente racionales, deberíamos justificar en general como confiables estas capacidades intelectuales y métodos epistemológicos más básicos (en tanto que fuentes, transmisores, amplificadores o apuntadores de verdades, según sea el caso). Los intentos de justificación argumentativa de estas capacidades intelectuales se enfrentan, sin embargo, al trilema de Sexto: regresión al infinito, y para detener el regreso, circularidad o dogmatismo, pero ninguna de estas tres alternativas es atractiva. El regreso surge porque teniendo premisas en todo argumento justificatorio, éstas requerirán a su vez de justificación argumentativa, lo que exigirá de nuevos argumentos y nuevas premisas; premisas estas últimas, que también habrán de ser justificadas y así sucesivamente. Ante esta aporía, algunos filósofos han intentado buscar la justificación en la ciencia misma, en particular en la teoría de la evolución biológica por selección natural. Así,

... La naturaleza y el desarrollo de la ciencia está constreñido y configurado por los modos de pensamiento canalizados biológicamente e impuestos en nosotros por la evolución - una consecuencia de las luchas reproductivas enfrentadas por los seres humanos en estos días, e incluso más de las luchas enfrentadas por los seres humanos en el pasado.

(...) a fin de entender por qué la ciencia es lo que es (...) necesitamos mirar a los principios de la metodología o el razonamiento científico (...) lo que argumento es que estos principios tienen su ser y única justificación en su valor darwiniano, esto es, en su valor adaptativo para nosotros los seres humanos -o al menos para nuestros ancestros proto-humanos. En breve, argumento que los principios que guían y moldean a la ciencia están enraizados en nuestra biología...¹

Lamaré 'epistemología evolucionista' (EE) al intento de justificar y explicar nuestros presupuestos metodológicos más básicos considerando estos presupuestos *sólo* como resultado de la evolución biológica por selección natural; es decir, sin que intervengan otros factores causales y aceptando la teoría de la evolución biológica de corte da-

rwiniiano *tal como se le entiende hoy en día*. Argumentaré que una *justificación* evolucionista no es posible sin circularidad viciosa, y argumentaré que lo que la teoría evolucionista a lo más puede esperar llevar a cabo es *explicar el origen* de nuestras facultades intelectuales; aunque esto último, no obstante, también es debatible, pues hay razones para dudar de la racionalidad de una explicación evolucionista de nuestras habilidades intelectuales.

I. De la circularidad viciosa

La EE sostiene que elementos básicos de nuestra arquitectura mental son innatos, que nuestros cimientos metodológicos son producto *sólo* de la selección natural actuando sobre los efectos biológicos de algunos sucesos fortuitos, digamos mutaciones azarosas, que han ido ocurriendo en la evolución de nuestra línea filogenética. La selección natural conserva aquellas mutaciones que son adaptativas; es decir, aquellas que otorgan una mayor aptitud para la supervivencia y el éxito reproductivo. Consecuentemente, estas mutaciones ventajosas para nuestros ancestros remotos predominan entre nosotros y así, al nacer, nuestras mentes no son tabulas rasas. La EE afirma que el mundo, vía la evolución biológica, ha formado, ha canalizado a nuestra razón, de ahí que nuestra razón pueda decirnos algo de la realidad.

Sin más preámbulos, consideremos el tipo de argumento con el que la EE intentaría justificar la confiabilidad de nuestras capacidades cognoscitivas:

a) Tenemos buenas razones para creer que nuestro sistema cognoscitivo y sensorial, en particular nuestros métodos científicos, son en general confiables.

b) La teoría de la evolución es, sí no estrictamente verdadera, al menos probablemente verdadera, o sí no, que en el presente es, de entre todas las teorías competidoras, la teoría más cercana a la verdad o la empíricamente más adecuada. Esta es una creencia racional pues ha sido bien corroborada o confirmada por la evidencia empírica y este proceso de evaluación racional es en general confiable, dado lo que afirma la premisa anterior.

c) La teoría de la evolución defiende que somos el resultado de la evolución biológica por selección natural.

La EE agrega a estas tres primeras premisas las siguientes que le son idiosincrásicas,

d) Nuestro sistema cognoscitivo es *solamente* un producto de los mecanismos evolutivos contemplados por la *contemporánea* teoría evolutiva por selección natural.

e) Los organismos seleccionados como los más aptos para sobrevivir poseen características o sistemas cercanos a lo óptimo para la supervivencia.

f) Un sistema cognoscitivo evolutivamente óptimo es un sistema cognoscitivo en general confiable.

A partir de las premisas (a)-(f) se concluye 'C'.

C: Es racional creer que nuestro sistema cognoscitivo es, en general, un sistema cognoscitivo confiable.

Por el momento, concedamos las premisas previas y enfoquémonos en la estructura del argumento. Descubrimos que la premisa (a) es equivalente a la conclusión C y descubrimos que para obtener C precisamos de (a), *pues sin (a) no obtendríamos (b)* y ésta en conjunción con las premisas de (c) a (f) entrega C. Entonces, hay circularidad y ésta es inevitable dado que en este argumento no hay una ruta argumentativa alternativa que conduzca a la conclusión C, esto es, sin la premisa (a). Además, el argumento es viciosamente circular porque: i) siendo circular intenta ser probativo, i.e., pretende poseer un carácter justificatorio y ii) al menos una de sus premisas, la premisa (a), es tan problemática, tan dudosa, o tan infactible como la conclusión C. Por otro lado, en un argumento probativo las premisas no sólo deben ser más plausibles sino también deben ser mejor conocidas que la conclusión a ser probada.

De otra forma, en el argumento anterior en favor de una creencia en la confiabilidad de nuestras capacidades cognoscitivas, estas capacidades, y el método científico que éstas hacen posible, son usadas para justificar, vía la teoría biológica de la evolución, estas mismas capacidades y el método científico. De aquí que la teoría de la evolución es identificada como científica, puesta a prueba y evaluada con la ayuda de los mismísimos métodos que queremos justificar con la ayuda de esta misma teoría; luego, terminamos obteniendo sólo lo

que en un inicio pusimos. Si no es así, ¿cómo sabemos cuáles son los arquetipos de las teorías científicas confiables? ¿Por qué no hemos usado la “ciencia creacionista” en lugar de la darwiniana para ofrecer la respuesta acerca del origen y la justificación de nuestros instintos cognoscitivos?

El teórico de la EE ha supuesto que sabemos que el darwinismo es una teoría científica bien corroborada, y que *vis a vis* sus competidoras, es hoy la mejor candidata a ser verdadera. Pero esta conclusión, si racional, debió ser inferida mediante la aplicación de reglas metodológicas, las mismas reglas metodológicas que quiere justificar vía el darwinismo. Por consiguiente, aquí hay un círculo argumental vicioso: suponemos como una indispensable premisa la conclusión a ser probada y por ello la premisa es tan dudosa, tan problemática como la conclusión. Si este razonamiento es empleado para acreditar nuestros principios metodológicos, es falaz, y esto seguiría siendo el caso aun si el círculo argumental no fuera obvio porque fuese de un diámetro muy amplio e inclusivo.

La circularidad es especialmente clara en el caso de la inducción. Así, la perspectiva evolucionista supone que las intuiciones inductivas que funcionaron en el pasado continuaran funcionando en el futuro. Sin embargo, ¿por qué ha de ser así? Se supone esto haciendo una inferencia inductiva. La inclinación a hacer inferencias inductivas existe en nuestras mentes (diría la EE), sólo debido a su valor para la supervivencia en el pasado, y esta inclinación inductiva nuestra a su vez nos predispone a suponer que el valor para la supervivencia de la inducción se conservará en el futuro. Nuestro instinto inductivo, no obstante fuerte, no se puede justificar a sí mismo, pues:

Que los hechos pasados programaron en nosotros suposiciones que se ajustan a ellos no significa que esos hechos continuarán ocurriendo ni que tales suposiciones continuarán sirviéndonos.²

Esto es, no hay una replica evolucionista que no sea viciosamente circular, a las dudas escépticas sobre la inducción.

Por otro lado, ¿debemos seguir los dictados –si es que los hay– de la programación biológica de nuestra mente? La pregunta es relevante, porque *si fuéramos a seguir ciegamente* las intuiciones intelectuales e impulsos codificados en el subconsciente colectivo de nuestra lí-

nea filogenético, seríamos meros autómatas epistémicos. Así, se creería en la lógica meramente porque se esta biológicamente programado para creerla y no porque la lógica fuese correcta. De ahí que:

No puedo tener justificación alguna para confiar en una capacidad de pensamiento que tengo como consecuencia de la selección natural, a menos que esté justificado en confiar en esta capacidad simplemente por sí misma –esto es, creer lo que me *dice* en virtud del *contenido* de los argumentos que me entrega (...) el reconocimiento de argumentos lógicos como independientemente válidos es una *pre-condición* de la aceptabilidad de un relato evolutivo acerca del origen de tal reconocimiento. Esto significa que la hipótesis evolucionista es aceptable sólo si la razón no requiere de su apoyo. A lo sumo podría mostrar por qué la existencia de la razón no necesita ser biológicamente misteriosa.³

II. Dudas sobre la racionalidad de una explicación darwiniana de nuestras capacidades cognoscitivas

La EE proporciona un argumento socavador de nuestra creencia en la confiabilidad de nuestras habilidades cognoscitivas (llamemos a esta creencia R); es decir, la EE proporciona un argumento para dudar de R. Esto es así porque la evolución biológica por selección natural no está interesada en creencias verdaderas, sino en una conducta maximizadora de supervivencia y reproducción, y esto puede ser promovido mediante capacidades cognoscitivas con un objetivo más modesto que la verdad. La verdad no es siempre biológicamente útil, pues capacidades cognoscitivas que tuvieran como único objetivo creencias verdaderas, podrían ser derrochadoras de tiempo y energía.

Por lo tanto, si nuestras mentes nacen programadas con algunos presupuestos epistémicos y axiológicos, y si esta programación fue sólo el resultado de la selección natural darwiniana, entonces nuestras capacidades mentales pueden no ser correctas en tanto que generadoras, transmisoras o apuntadoras de verdades. En consecuencia, acerca de la corrección de nuestros instintos cognoscitivos, un módico de agnosticismo puede ser prudente, así:

...siempre surge la horrible duda de si las convicciones de la mente del hombre, que se ha desarrollado a partir de la mente de animales más bajos, son de algún valor o dignas en absoluto de confianza. ¿Confiaría alguien en las convicciones de la mente de un mono, si es que hay algunas convicciones en tal mente?⁴

Además, debido a la rapidez con que el cambio cultural ha procedido, nuestro cerebro actual debe haber obtenido sus capacidades presentes muy tempranamente en su evolución. Luego, una explicación evolutiva de nuestras facultades cognoscitivas crea serias dudas acerca de la confiabilidad de estas facultades, cuando se emplean más allá del ámbito primitivo en el que resultaron adaptativas.

La pregunta es si no sólo la capacidad física, sino también la mental requerida para fabricar un hacha de piedra automáticamente trajo consigo la capacidad para dar cada uno de los pasos que han conducido de ahí a la construcción de la bomba de hidrógeno, o si un enorme exceso de capacidad mental, *no* explicable mediante la selección natural, fue responsable de la generación y diseminación de la secuencia de instrumentos intelectuales que han emergido en alrededor de los últimos treinta mil años.⁵

Luego, si de acuerdo a la EE nuestras capacidades intelectuales son de corrección dudosa y dado que son muy básicas y que son necesarias para seleccionar y justificar *todas* nuestras creencias, esta incertidumbre infectaría *a todo* nuestro conocimiento, en particular, a la misma EE. La explicación evolutiva de la EE de nuestras capacidades cognoscitivas crea, en consecuencia, dudas acerca de la corrección de esta misma explicación evolutiva. La EE por tanto se auto-socava, se hace un *haraquiri*: si la EE es verdadera entonces tenemos razones para dudar de ella, es decir, para dudar que la evolución biológica, *tal y como la entendemos hoy en día, puede explicar por sí sola* la confiabilidad de nuestras capacidades cognoscitivas.

Pero si la EE es de corrección dudosa y si estas dudas no fuesen derrocables, entonces la creencia en la verdad de la EE es de dudosa racionalidad. Aunque de esto no se sigue que la EE sea falsa, ni que sea racional creer que es falsa. Simplemente, lo que se está diciendo es que la racionalidad recomendaría una posición agnóstica; es decir, suspender el juicio respecto de la corrección de la EE. No obstante, hay que enfatizar que no se recomienda suspender el juicio sobre la

corrección de la teoría de la evolución biológica por selección natural sino solo sobre la corrección de la EE.

Ahora, si uno cree –como la mayoría de nosotros lo hace debido a una fe psicológica instintiva– que nuestras facultades cognoscitivas son de hecho en general confiables, entonces obtenemos una contradicción con la recomendación agnóstica previa con relación a R. Una recomendación agnóstica que obtuvimos en última instancia a partir de EE, es una contradicción que proporcionaría entonces un argumento en contra de la corrección de EE, i.e., un argumento a favor de la *irracionalidad* de una creencia en EE.⁶

A estas dudas sobre la racionalidad de la EE, Thomas Nagel agrega que no hay razón para creer que “toda característica notable de los seres humanos, o de cualquier otro organismo, deba tener una explicación darwiniana.”

¿Por qué no tomar el desarrollo del intelecto humano como un contra-ejemplo probable a la ley que la selección natural explica todo, en vez de forzar todo bajo dicha ley con especulaciones improbables y sin apoyo de evidencia?⁷

Nagel encuentra increíble que el surgimiento de nuestras mentes sea en última instancia un accidente natural,⁸ y en consecuencia especula que nuestras capacidades cognoscitivas son el resultado de leyes y limitaciones naturales desconocidas hasta la fecha. Estas últimas reticencias de Nagel quizá estén motivadas porque desde la perspectiva de la EE, nuestras capacidades innatas poseen un carácter contingente: la EE nos dice que nuestros instintos intelectuales pudieran estar estrictamente equivocados y ser mejorados. Según la EE, dadas diferentes mutaciones fortuitas, nuestras capacidades intelectuales presentes podrían no haber aparecido, y aun si estas mutaciones fortuitas hubieran aparecido, estas capacidades podrían no haber sido seleccionadas dada una secuencia diferente de *hábitats* primitivos en donde hubiesen tenido poco o ningún uso.

Nuestras intuiciones intelectuales más básicas nos proporcionan, sin embargo, las condiciones para pensar racionalmente, y nos es muy difícil concebir la negación racional de estas intuiciones hincadas profundamente, pues nos parecen necesarias; entonces surge un *impasse*. O bien la EE está equivocada, o bien somos víctimas de una confusión. Así,

Adoptando una perspectiva evolucionista, debemos reconocer la contingencia y explicabilidad de nuestras maneras actuales de pensar, y en particular de nuestras adscripciones de necesidad. Sin embargo, si realmente consideramos algunas cosas como necesariamente verdaderas de esa manera negamos su contingencia y no podemos defender la posibilidad de alternativas a ellas. Simultáneamente debemos apreciar la contingencia del hecho de que los límites de nuestro pensamiento yacen en donde yacen al mismo tiempo que permanecemos incapaces de pensar más allá de esos límites.

No es fácil sostener ambos puntos de vista consistente y simultáneamente, e inevitablemente nos hallamos a nosotros mismos moviéndonos titubeantes entre un extremo y el otro.⁹

Recapitulemos. Hasta aquí se ha argumentado que la EE no puede proporcionar una justificación no viciosamente circular de nuestros métodos epistémicos más básicos, así mismo, aparecieron dudas sobre el valor de verdad de la EE y consecuentemente sobre la racionalidad de la explicación del origen de nuestras capacidades intelectuales proporcionada por la EE.

De modo que la justificación de nuestros instintos intelectuales *no* habrá que buscarla en una de las ciencias, dada la inevitable circularidad viciosa. Sin embargo, dondequiera que busquemos esta justificación tendremos que enfrentarnos al trilema de Sexto. Y si la circularidad viciosa y la regresión no son alternativas aceptables,¹⁰ habrá que resignarnos a aceptar nuestras capacidades cognoscitivas como confiables sin una justificación no viciosamente circular; esto es, dogmáticamente. Por ejemplo, con relación a la inducción, B. Russell escribió:

No veo otra salida *que la afirmación dogmática* de que conocemos el principio inductivo u otro equivalente; la otra alternativa es tirar todo lo que la ciencia y el sentido común consideran como conocimiento.¹¹

Estos dogmas serían algunos de los presupuestos irracionales de la racionalidad (aunque quizá sería más apropiado llamarlos presupuestos a-rationales). Emerge ahora una seria dificultad: el argumento *tu quoque*, al que un dogmatismo metodológico ha de enfrentarse, este argumento reza así:

Si la racionalidad es tan limitada que aun el racionalista requiere de compromisos dogmáticos, entonces cualquiera tiene derecho a los dogmas que le plazcan; y consecuentemente, nadie tiene el derecho a criticarlo por sus presupuestos dogmáticos.

Luego, cualesquiera dogmas metodológicos serían racionalmente posibles lo que abriría las compuertas a un relativismo metodológico, relativismo que siendo tan básico, infectaría a todo nuestro conocimiento.¹² K. Popper argumentó que en una situación epistémica como ésta –situación que Popper creía inevitable– un *mínimo* de dogmatismo es moralmente preferible.¹³ Pero, aun si concedemos a Popper su argumento moral a favor de un mínimo de dogmatismo quedará pendiente la respuesta a la siguiente pregunta: ¿cómo saber si nuestro conjunto de dogmas es el mínimo? Es decir, ¿cuál será, y porqué, nuestro criterio de minimización dogmática?

Referencias bibliográficas

¹ RUSE, M. *Taking Darwin Seriously*. Oxford, Basil Blackwell, 1986.

² NOZICK, R. *The Nature of Rationality*. Princeton, N.J., Princeton University Press, 1993.

³ NAGEL, T. *The Last Word*. New York, Oxford University Press, 1997.

⁴ DARWIN, C. *Letter to William Graham, Down, July 3, 1881*. En Darwin, Francis (ed.) *The Life and Letters of Charles Darwin, including an Autobiographical Chapter*. Londres, John Murray, Albermarle Street, 1887. 1881.

⁵ NAGEL, T. *The View From Nowhere*. New York, Oxford University Press, 1986.

⁶ Para una presentación más cuidadosa de este argumento consultar PLANTINGA, A. *Warrant and Proper Function*. New York, Oxford University Press, 1993, y CÍNTORA, A. *Los presupuestos irracionales de la racionalidad*. Anthropos, Barcelona-México, 2005; CÍNTORA, A. *Playing Devil's Advocate*. Ludus Vitalis, Vol XIII, num. 24, Barcelona-México, 2005.

⁷ NAGEL, T. (1986) pág. 81

⁸ NAGEL, T. (1997) pág. 132

⁹ STROUD, B. *Evolution and Necessities of Thought*. En Summer, L.W., John G. Slater, y Fred Wilson (eds.) *Pragmatism and Purpose: Essays Presented to Thomas A. Goudge*. Toronto, University of Toronto Press, 1981.

¹⁰ En 'Lo que podemos aprender del trilema pirrónico' critico la defensa que hace Peter Klein de una potencial regresión al infinito. Este ensayo se presentó en el V Congreso de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía en Granada, España, 2006. Está por enviarse para su posible publicación. Mientras que la circularidad viciosa ha sido criticada en la primera sección del presente ensayo.

¹¹ RUSSELL, B. *History of Western Philosophy*. Londres, George Allen y Unwin, 1946.

¹² Cfr. CÍNTORA, A. (2005) para algunas consecuencias del relativismo metodológico.

¹³ POPPER, K. R. *The Open Society and its Enemies*. Londres, Routledge, 1945.

Argumentar con la dignidad humana en las prácticas deliberativas de los comités de ética

Corrado Viafora*

Resumen

Los comités de ética, desde un punto de vista ético-normativo, corren el riesgo del formalismo y el riesgo del relativismo. Para encontrar una base común al interno de una sociedad marcada por un fuerte pluralismo moral, se debe buscar la fundamentación de un principio regulador capaz de evitar el relativismo, la dignidad de la persona. Proponiendo un esquema ético-normativo inspirado en la tradición kantiana, interpretada desde una perspectiva personalista, el autor considera que el sistema de referencia adecuado para sustentar la práctica deliberativa de los comités éticos y, más en general, capaz de constituir el criterio de fondo de una bioética compartida, puede ser individuado en la idea de la «dignidad humana». Esta referencia indica un núcleo ético mínimo, cuya función es esencialmente delimitar en el espacio recíprocamente inviolable, y encuentra su expresión en el respeto por la humanidad en toda persona como fin. Considerando las presiones más o menos explícitas a las que se ven expuestos los comités éticos, es necesario un fundamento moral para poder interpretar las exigencias de la dignidad humana frente al cambio del obrar humano.

* Profesor extraordinario, Facultad de Ciencias de la Formación, Departamento de Filosofía, Universidad de Estudios de Padua (e-mail: corrado.viafora@unipd.it).

Summary

Arguing with human dignity in the deliberative practice of ethics committees

From an ethical-normative point of view, ethics committees must face the problem of formalism and relativism. To find a common base in society characterized by strong moral pluralism, one needs to seek the foundation of a normative principle able to avoid the relativism – the value of life and the dignity of human person. Proposing an ethical normative scheme inspired a kantian tradition, interpreted in the light of a personalist perspective, the author claims that the adequate system of reference for ethical committees and, in general, able to be a base criterion of a deliberative practice common shared bioethics, can be found in the concept of “human dignity”. This reference limits a minimal ethical nucleus, whose function is essentially to draw a line that limits the reciprocally inviolable space, and find expression through the respect for the humanity in the person as an end. Considering the more or less explicit pressure to which ethical committees are exposed, a moral foundation is necessary to interpret the exigencies of human dignity in front of the changes of human act.

Palabras clave: dignidad humana, comités éticos, relativismo.

Key words: human dignity, ethics committees, relativism.

Desde un punto de vista ético-normativo, hay dos riesgos a los que se encuentran expuestos los comités de ética: el riesgo del *formalismo* y el riesgo del *relativismo*. En estos, la realidad de los comités éticos representa una expresión paradigmática de la dificultad que la herencia moderna ha legado a la ética, presionada por una parte por crite-

rios de argumentación universalmente validos, pero *vacíos* y, por otra parte, por intuiciones privadas completamente *ciegas*, incapaces de servir para articular una trama de elecciones compartida públicamente.

¿Cómo evitar estos riesgos, convencidos de que ambos –relativismo y formalismo– vacían las potencialidades implicadas en los comités de ética? La contribución que pretendo proporcionar en el contexto de la reflexión actual, se basa en una idea concreta de bioética y en una descripción concreta del proceso de institución de los comités de ética, que deben ser mostrados con antelación. Si el redescubrimiento de la ética representa un fenómeno que caracteriza el actual escenario sociocultural, no hay duda que un campo en el que emerge este redescubrimiento con particular evidencia es el campo de la sanidad. La primera razón, y más general, reside en el hecho de que las decisiones en este campo implican siempre muchas cuestiones que sobrepasan las competencias estrictamente médico-profesionales, y hacen del campo sanitario y del biomédico, el nuevo *locus antropologicus*; es decir, el lugar donde directamente se decide sobre la dimensión humana del hombre.²

Otras razones más específicas comprenden: 1. el proceso de emancipación del paciente y la crisis del paternalismo médico, reflejo de la inserción más generalizada de la medicina y de sus tradicionales formas de relación en el proceso de desarrollo del sentido democrático de la sociedad moderna; 2. la evolución de la responsabilidad de los profesionales de la salud, en relación con la ampliación de su poder, tanto diagnóstico como terapéutico, proporcionado por el progreso biomédico y en relación con la consiguiente ampliación de las figuras profesionales implicadas en el actual sistema de cuidados; 3. la necesidad de establecer prioridades frente a los recursos sanitarios siempre más escasos junto con la atención que debe llevarse a cabo, de modo que la determinación de tales prioridades se establezca de la manera más transparente y participada posible, además de que sea coherente con el objetivo intrínseco de las prácticas y de las instituciones sanitarias.

Se trata de situaciones problemáticas paradigmáticas que evidencian la *radicalidad* que la petición de ética asume hoy en el campo sanitario y justifican la búsqueda de un horizonte interpretativo más amplio y la promoción de instrumentos deliberativos adecuados.³

Comités éticos: tensiones y potencialidad de un sistema en construcción

Son estos, en sustancia, los presupuestos que subyacen al proceso de institucionalización de la función ética en el interior de las estructuras sanitarias, por medio de organismos especialmente dedicados a ella: los comités de ética para la práctica clínica.⁴ A nivel internacional, reciben diversas denominaciones: comités de ética clínica; comités de ética hospitalarios; comités de ética para la asistencia sanitaria; comités de ética institucionales; comités de ética para la asistencia y, más directamente, comités de Bioética. Son organismos instituidos más recientemente que los comités de ética de la investigación, y tienen también una inspiración y articulación de funciones más variadas. Históricamente, han recibido un impulso decisivo en el contexto estadounidense por la *President's Commission* que, en 1983, en su informe sobre la interrupción de los tratamientos de prolongación de la vida, sugería la formación de comités en los hospitales, indicando las funciones que después los comités asumieron de modo constante: 1. consulta ética para casos clínicos especialmente problemáticos; 2. elaboración de líneas directrices internas para la institución; 3. formación ética del personal y sensibilización pública.⁵

La situación en que todavía se encuentran estos comités es la típica de un sistema en construcción, caracterizado por la percepción de las potencialidades que su institución puede activar, junto con la consciencia de las tensiones que dicho fenómeno hace brotar.

Propongo tres preguntas para intentar un discernimiento de estas tensiones y estas potencialidades. La primera tiene que ver con una actitud recurrente en la gestión de organizaciones complejas y podría formularse como sigue: 1. llevar la reflexión bioética al interior de la institución, activando un organismo dedicado a ella, ¿quiere decir poner las premisas para una *apertura* del debate o más bien para su *restricción*, en la óptica típicamente burocrática de delimitar las cuestiones y delegarlas a un organismo específico? La segunda y la tercera ponen en relación el proceso de institución de los comités éticos con «el lenguaje del derecho», con su impacto respectivamente con el área de la investigación y con la de la práctica clínica: 2. ¿la institu-

ción de los comités éticos pretende promover la autonomía de los pacientes y tutelar sus derechos o es más bien la expresión de «resistencias» a la autonomía de los pacientes, y se fija sólo en solicitar la adhesión de los ciudadanos a las decisiones de los expertos? Y otra pregunta: 3. ¿los comités éticos son instituidos para ofrecer a los médicos, cada vez más frecuentemente enfrentados con situaciones éticamente complejas, una ayuda para sus decisiones para que no se queden *sólos*, o bien los comités nacen para asegurar a la gente que las decisiones sanitarias éticamente relevantes no son tomadas sólo por los médicos?

Los asuntos que estas preguntas sacan a la luz implican todos los riesgos, paradójicos por otra parte, de que los comités éticos no asuman su dimensión constitutiva: la ética. Es lo que razonaba M. E. Parizeau en el curso de 1995, una cuidadosa investigación sobre los comités de ética instituidos en los hospitales de Quebec. «El análisis de las funciones de los comités de ética clínica muestra a la vez la fuerza y la debilidad de estas estructuras que están emergiendo en el interior de los hospitales. Las dificultades originadas ilustran la necesidad para los comités de precisar su especificidad y de procurarse los medios para asegurar en sus procesos de decisión la expresión de una dimensión propiamente ética. Sólo así podrán evitar la polarización entre la protección de los intereses de los grupos profesionales más fuertes y la defensa de la gestión administrativa».⁶

Dentro de la experiencia italiana, me parece que los condicionantes que inciden en la asunción de la dimensión ética por parte de los comités se pueden reducir a los siguientes factores: 1. la repropuesta, en el interior de los comités, de la discusión ideológica que marca el debate bioético público; 2. la emergencia en el mundo de las profesiones sanitarias de un enfoque defensivo («medicina defensiva») que corre el riesgo de abortar en su nacimiento toda discusión de nivel explícitamente ético; 3. la permanencia, en el interior de este mundo, de una actitud directiva que impide el desarrollo de la actitud constitutiva de toda valoración ética, es decir, de la actitud argumentativa; 4. por último, la persistencia de un sentido de dependencia del ciudadano-paciente en relación con la institución sanitaria.

Ser conciente de estos condicionamientos, no debe hacer olvidar las potencialidades que los comités de bioética pueden desempeñar

en el interior de las instituciones sanitarias: 1. elevar el nivel de percepción y de análisis de los problemas éticos relacionados con el actual desarrollo de las prácticas sanitarias; 2. integrar las voces de las diversas profesiones que siempre con más frecuencia se ven incorporadas al sistema de cuidados; 3. alimentar una comunicación real entre la sociedad en general y los grupos de especialistas implicados en la gestión de nuevos poderes biomédicos; 4. gestionar el desequilibrio, con que siempre se deberá convivir, entre ritmo de evolución del progreso biomédico y la capacidad para su asimilación normativa por parte de la sociedad.

En positivo, ¿cuáles son las condiciones para que los comités asuman su dimensión ética constitutiva y que puedan contribuir así a dar una respuesta a la creciente demanda de ética en sanidad?

Comités éticos: un espacio de deliberación pública en el interior de las instituciones sanitarias

Pensados bajo la perspectiva de «espacios de deliberación pública» en el interior de las instituciones sanitarias, el actual proceso de institución de los comités éticos puede encontrar instrumentos conceptuales consistentes en las teorías ético-políticas que, como la «teoría de la democracia deliberativa», propuesta en tiempos recientes por A. Gutman y D. Thompson, que valoran las funciones sociales de la práctica deliberativa.

Un ensayo publicado en 1997, en una de las revistas de bioética más importantes, el *Hastings Center Report*, A. Gutman y D. Thompson sintetizan así su teoría: «La idea que esta en la base de la democracia deliberativa es que los ciudadanos, profesionales y funcionarios públicos deben justificar toda petición de acción colectiva, suministrando razones que puedan ser aceptadas por todos los que se encuentran implicados en ella. En caso de conflicto moral sobre elecciones de naturaleza pública, los ciudadanos deberían poder deliberar entre ellos, buscando un acuerdo moral si pueden, y manteniendo el respeto recíproco, si no lo consiguen». ⁸ La democracia deliberativa pretende explícitamente ir más lejos que el procedimentalismo y más lejos que el constitucionalismo, pues: «Ella no sólo tolera, sino que

anima a la continua discusión sobre los valores fundamentales en todas las fases del proceso democrático».

A partir de estos presupuestos, A. Gutman y D. Thompson analizan algunas de las más relevantes *funciones sociales* desarrolladas por la práctica deliberativa, identificando para cada una de ellas el papel específico de los comités de ética.

Una *primera* función social de la práctica deliberativa es promover un sentido compartido de legitimación de las decisiones públicas. En relación con esta función específica, podría parecer que la institución de espacios deliberativos (*deliberative forum*), disponibles para incluir todas las voces posibles, debería llevar a la intensificación de los conflictos morales. Y, sin embargo, vale la pena correr este riesgo, de cara a los beneficios que le llegan a las decisiones públicas por la legitimación moral compartida.

Una *segunda* función social de la práctica deliberativa es favorecer y desarrollar una discusión orientada públicamente (*public oriented debate*). La condición para que los foros deliberativos, como son los comités éticos en las instituciones sanitarias y asistenciales, puedan desempeñar esta función y constituirse como un «espacio público» efectivo es que los miembros de tales comités estén en condiciones de asumir una perspectiva más amplia que la particular del propio grupo al que pertenecen. Por esto, los miembros de un comité ético no deberían considerarse como «puros delegados» aunque, inevitablemente y por ciertas vías, legítimamente, llevan a este espacio público las perspectivas de su grupo (profesional, por ejemplo).

Una *tercera* función social de la práctica deliberativa es garantizar las menores pérdidas posibles por lo que respecta a las posiciones moralmente incompatibles: «una economía del conflicto moral». Ante posiciones moralmente incompatibles, el proceso deliberativo desarrollado en los comités éticos puede ayudar a: 1. aclarar los términos efectivos del conflicto; 2. determinar a que nivel se sitúa; 3. distinguir motivos de conflicto verdaderamente incompatibles y motivos que pueden superarse con un suplemento de información empírica o con una mejor comprensión de las razones del otro.

Una *cuarta* función social de la práctica deliberativa es ayudar a los ciudadanos, profesionales, funcionarios públicos, a revisar, co-

regir y ajustar las decisiones tomadas, por medio de un proceso de «deliberación reiterada». «Un forum ético y bioético bien construido proporciona una oportunidad, tanto a nivel individual como colectivo, para una mejor comprensión de los términos de los conflictos morales. Por medio del proceso de argumentación, los participantes se ponen en condiciones de aprender uno del otro, llegan a conocer sus razones recíprocas y a desarrollar nuevos enfoques de modo que resistan mejor críticas ulteriores. Llegados a una conclusión, esta debe poder someterse a un careo siempre más amplio que incluya a todos los que están implicados, de modo que se llegue a una deliberación «en primera persona del plural» (*first person plural*). Objetivo: promover el «espíritu cooperativo» (*cooperative spirit*).

Dentro de la amplia perspectiva abierta por la teoría de la democracia deliberativa, los comités éticos se configuran como un *método* que puede ofrecer sugerencias fecundas también fuera del inmediato contexto biomédico.

Para una argumentación bioética centrada sobre la idea de la dignidad humana

Sin embargo, visto lo dicho hasta el momento, si por un lado la teoría de la democracia deliberativa, con su invitación a construir un espacio público donde la discusión sobre valores fundamentales permanezca abierta en todas las fases del proceso democrático, puede ser extremadamente estimulante, la práctica deliberativa presupone no obstante una *base común*. Llegado este punto, el problema parece de difícil solución.

¿Dónde y como encontrar esta base común en el interior de una sociedad que, especialmente en las cuestiones sobre la vida, esta marcada por un fuerte pluralismo moral?

La respuesta que se tiende a dar a este problema en el modelo considerado en tantos aspectos dominante en bioética, el *principialismo* de Beauchamp y Childress, pretende individuar tal base común en un núcleo de principios éticos compartidos por teorías éticas distintas: el principio del respeto a la autonomía, el principio de no maleficencia, el principio de beneficencia, el principio de justicia. Producir reglas

más específicas para fundamentar el juicio bioético es el intento explícito de este modelo.

Sin embargo, sin un criterio unívoco sobre el que establecer que principio debe prevalecer en caso de conflicto, ¿no existe el riesgo de un sesgo relativista? ¿No existe el riesgo, en otras palabras, de llegar a mantener como igualmente universalizables juicios distintos sobre la misma acción?

En el ámbito de las críticas desarrolladas a este aspecto específico del modelo dominante de bioética, la distinción más evidente se refiere al distinto modo de entender el estatuto del criterio unívoco regulador, de modo que se evite el relativismo normativo: un criterio de orden «material» para algunos; un criterio de orden «formal» para otros. Junto con esta distinción, se encuentra aquella que nace del distinto papel que, en la fundamentación de un principio regulador capaz de evitar el relativismo, se atribuye respectivamente al «valor de la vida» o a la «dignidad de la persona». La convicción adquirida al respecto, inspirada en la tradición kantiana es que sólo un principio formal puede pretender ser absoluto. Si por esto son válidas las críticas al modelo dominante de bioética que considera los principios juntos y sólo los que obligan *prima facie*, también son válidas, desde esta perspectiva, las críticas que se dirigen a la tesis según la que se dan principios bioéticos absolutos de naturaleza material, como puede ser, precisamente, el valor de la vida física. Esto no prejuzga la posibilidad «fundamental» de juzgar este valor. Es más, en una sociedad pluralista, en tanto que es menos posible entenderse sobre los valores que realizan una «vida buena», tanto más la ética pública deberá basarse sobre la tutela de la vida física como bien fundamental, en cuanto es condición necesaria para la realización de cualquier otro bien o valor.

Proponiendo un esquema ético-normativo inspirado en la tradición kantiana, interpretada desde una perspectiva personalista, pienso que el sistema de referencia adecuado para sustentar la práctica deliberativa de los comités éticos y, más en general, capaz de constituir el criterio de fondo de una bioética compartida, puede ser individuado en la idea de la *dignidad humana*.⁹ Además, esta es la idea que, a partir de la *Convención de Oviedo, sobre los derechos humanos y la biomedicina*, adquiere un papel tan relevante que «es lícito –sostiene F.

D'Agostino— hacerlo elevarse al lugar de único fundamento posible para una bioética europea». ¹⁰

Sin embargo, frente a un reconocimiento tan explícito, no faltan las críticas a la ambigüedad con que la Convención europea de bioética emplea la idea de dignidad humana y, más en general, las objeciones que se arguyen contra la posibilidad de hacer de esta idea el criterio de fondo de una bioética compartida. ¹¹ Se trata de objeciones que, acertadamente, requieren una determinación más crítica del estatuto ético—normativo de la idea de la dignidad humana; sin embargo esto no significa, como afirman fuentes autorizadas, que se deba renunciar a dicho enfoque. Significa, más bien, que se debe poner por obra con más precisión y con más atención. Incluso para evitar un uso «inflacionario», responsable entre otros del escepticismo sobre la consistencia ético—normativa de la idea de la dignidad humana. ¹²

La dignidad humana —sostiene P. Singer— no es más que un expediente retórico destinado a ocultar la falta de argumentos; o a convalidar con una palabra —como sostiene W. Wolbert— nuestras convicciones éticas sin contribuir, sin embargo, mínimamente a definir el contenido de lo que es moralmente obligatorio.

Una objeción ulterior a la posibilidad de hacer de la idea de dignidad humana la base de una bioética compartida, proviene de quienes sostienen que esta idea no es más que un enmascaramiento solapado de la doctrina judeocristiana del hombre como imagen de Dios y, por tanto, no será capaz de convertirse en la base de la bioética como ética pública, pues sería expresión más o menos mimetizada de razones exclusivamente religiosas. Respondiendo a tales objeciones, la tesis que deseo sostener es que, si bien es cierto que la idea de la dignidad humana está en el confrontarse de la antropología específica judeocristiana del hombre como imagen de Dios en relación de «correspondencia objetiva», también es verdad que esta correspondencia objetiva no comporta una relación de «fundamentación exclusiva». ¹³ En la idea de dignidad humana se encuentra la convergencia histórica de diversas tradiciones antropológicas: la tradición clásica con la apertura universal que reconoce al hombre en cuanto participante del «logos»; la ética cristiana con su particular insistencia en la dignidad de todo hombre en cuanto imagen de Dios; la contribución específica

del humanismo europeo y de la cultura moderna, con la radicalización de la idea de autonomía moral, expresada paradigmáticamente en la tradición kantiana y con la convicción de que la dignidad de cada persona debe ser promovida y defendida en el campo político-jurídico por medio del reconocimiento de derechos humanos fundamentales de naturaleza pre-estatal.

¿Cómo argumentar, pues, con la idea de la dignidad humana, si se quieren evitar, por una parte, estos usos impropios, peligrosos para la misma idea de dignidad humana y conceder valor, por otra, a su fuerza normativa y sus recursos de sentido?

El esquema ético-argumentativo que propongo desde esta perspectiva, articula el sistema de referencia basado en el respeto a la dignidad humana en torno a dos niveles: el primero, objeto de «intuición», el segundo objeto de «construcción». «Que» cada ser humano en cuanto persona debe ser respetado como fin y nunca utilizado como medio, esto es objeto de una intuición, que se puede reconducir al «hecho» de la conciencia moral: un hecho que se «muestra», no se «demuestra». «Que es lo que» exige, sin embargo, en las cambiantes condiciones del obrar humano producidas por la técnica, es objeto de una construcción que se confía a la práctica deliberativa». ¹⁴

Se trata de una distinción particularmente relevante por el modo de entender el papel de los comités éticos y, más en general, la deliberación como método de la racionalidad práctica. Con el significado unido al primer nivel, la referencia al respeto por la dignidad humana indica un núcleo ético mínimo, cuya función es esencialmente dibujar la línea que delimita el espacio recíprocamente inviolable, la condición limitante bajo la que se encuentra en una sociedad democrática todo poder técnico y todo poder político. Adoptando la definición kantiana de dignidad, este núcleo encuentra su expresión en el respeto por la humanidad en toda persona como fin. Esto impone que ningún ser humano sea usado y, por tanto, ofendido en su naturaleza de sujeto, degradado al nivel de objeto.

Si la tradición kantiana consigue fundamentar la exigencia «de que» todo ser humano sea respetado como fin a causa de un «reconocimiento», no de una «concesión», la cuestión relativa a «que es lo que» exige tal respeto, en particular en las situaciones inéditas crea-

das por el progreso biomédico, depende en último análisis de presupuestos antropológicos que intervienen para modelar el significado del respeto a la dignidad humana.

Así planteado, el esquema ético–argumentativo basado en estos dos niveles del recurso a la dignidad humana garantiza tanto el apoyo sólido en un *principio absoluto*, y por tanto *no negociable*, como la apertura de un espacio de amplio enfrentamiento entre las diferentes *imágenes antropológicas* que concurren para determinar el contenido ético–normativo de la dignidad humana.

Que el «respeto» se interprete o sea visto como algo «externo» (el respeto en el sentido de «respeten las flores») o, por contra, como figura de «proximidad» («te respeto porque me identifico contigo») depende en último análisis de la imagen que se tiene del otro.

En la perspectiva de una hermenéutica más profunda del respeto a la dignidad humana se abren otras tareas, a saber: 1. especificar los derechos que el respeto por la dignidad humana fundamenta en relación con las diversas formas de la subjetividad humana: el respeto por la dignidad del niño, por la dignidad de la mujer, por la dignidad de las personas con discapacidades, por la dignidad de las personas ancianas; 2. interpretar el sentido que el respeto por la dignidad humana toma en relación con formas específicas de relación *de las que y en las que* se alimenta la subjetividad humana: la relación de los progenitores en su doble vertiente de maternidad y de paternidad, la relación conyugal, la relación de amistad, de fraternidad, de acogida, la relación de cuidados en sus múltiples expresiones; 3. especificar las dimensiones que el respeto por la dignidad humana asume en los contextos clínicos particulares en los que se sitúa la relación de cuidados: un aspecto es la forma que toma el respeto cuando se refiere, en el contexto del proceso procreativo y gestacional, al embrión y al feto y a las razones específicas de bien que tiene la vida del nacido; otro aspecto es la forma que el respeto toma si se refiere, en el contexto de la fase terminal, al enfermo oncológico y a las específicas razones morales de bien que tiene la última parte de la vida; otro más es la forma que toma el respeto si se refiere, en el contexto de los tratamientos intensivos, al niño muy inmaduro y a las específicas razones morales de bien que pueden autorizar o no autorizar la intervención reanimadora.

No se trata de que la categoría del respeto deba ser manipulada o domesticada. Se trata más bien de asumirla según un significado *analógico* que justifique tanto la referencia unitaria a la persona, como la referencia a los contextos específicos en que la persona se sitúa. Un use de la categoría del respeto que no tenga en cuenta tal especificidad no puede llevar más que a soluciones abstractas.

Prescindiendo de las conclusiones a las que pueda llevar, enfrentarse con *lo que es digno y lo que no es digno* del hombre presenta, de todos modos, importantes virtualidades.¹⁵ Dejando sentado el hecho de que las cuestiones bioéticas no son reducibles a cuestiones de procedimiento, un enfrentamiento llevado de esta manera obliga a toda conciencia y a toda tradición a ponerse al descubierto, a confrontar las propias imágenes de la vida humanamente digna, de la procreación humanamente digna, de la muerte humanamente digna. Así, con la idea de dignidad atribuida a las convicciones expresadas con estas imágenes, se señala el hecho de que merecen ser tanto «creídas» personalmente como «pensadas» públicamente.¹⁶

Naturalmente, el método requerido para confrontar este tipo particular de convicciones se diferencia netamente del de la bioética dominante, con especial referencia a su versión «principalista», expresión de la «limitación» a la que, en una cultura liberal, se pretende que debe someterse la racionalidad práctica para poder emplearse públicamente.

Me parece mucho más adecuado el enfoque de quien, como Paul Ricoeur, sostiene que los criterios normativos generales y las convicciones éticas inspiradas en una tradición particular deben ser pensadas *en común*, en la convicción de que «la argumentación no se pone sólo como antagonista de la tradición y de las convenciones, sino como una instancia crítica que opera en el seno de convicciones que ella tiene la tarea, no de eliminar, sino de llevar al nivel de juicios ponderados».¹⁷

Los recursos y los estímulos para implantar en positivo este enfrentarse pueden venir del lado de una reinterpretación de una categoría básica de la ética moderna: la *tolerancia*. Si no es entendida en su significado de principio ético-político situado en la base de la total separación entre ámbito privado y ámbito público, la tolerancia valo-

rizada como virtud puede proporcionar las premisas para un *diálogo* efectivo.

Tolerancia, en el doble significado que le viene de la raíz latina «*tollere*», que quiere decir «tomar» y así comprender las razones del otro, y «quitar» en el sentido de «pulir» la propia tradición de incrustaciones ideológicas que impiden al otro ver las instancias profundas en las que se origina esta tradición. Desarrollada en este sentido, la virtud de la tolerancia lleva a la atención y a la escucha de las razones de los demás y, a la vez, a la verificación y a la profundización de las propias.

Conclusión: más allá del relativismo, la creatividad moral

Considerando las presiones más o menos explícitas a las que se ven expuestos los comités éticos, el riesgo de que se conviertan en un instrumento de circunstancias y manipulación del consenso es real. E incluso, si son validas las consideraciones expresadas, se entreven también las condiciones, no sólo para contrastar la desviación relativista en que podrían caer los comités éticos en el caso de que sobre las razones *éticas* hagan prevalecer las razones *tácticas*, sin también las condiciones por las que los comités éticos lleguen a ser un instrumento de efectiva *creatividad moral*.

Se trata de una perspectiva muy significativa: considero que, adecuadamente entendida, es necesaria la creatividad para poder interpretar las exigencias de la dignidad humana frente al «cambio cualitativo del obrar humano» que producen las nuevas capacidades de intervención sobre la vida.

Entre estas condiciones son muy determinantes las de naturaleza ético–argumentativa y, además, la experiencia demuestra que los comités éticos consiguen ser instrumentos de creatividad en la medida en que los miembros que forman parte de ellos participan, más que como *profesionales*, directamente como *personas*. Y esto por razones que tienen que ver con el estatuto mismo de la racionalidad práctica.

La racionalidad práctica, constitutivamente orientada a la universalidad, no es, sin embargo, una racionalidad *apática*. En contra de la interpretación moderna del juicio ético, confiado exclusivamente a la

aplicación de principios y reglas, emerge cada vez más el papel que en el juicio ético desempeñan las emociones y los sentimientos. Realmente, la *justificación* ética del juicio sobre una situación problemática depende de la capacidad ético-argumentativa, depende sin embargo de una capacidad de tipo más emotivo la *percepción* de una situación como moralmente problemática. Tal es la capacidad que hace posible identificar como significativo por sí mismo el sufrimiento del otro. En el polo opuesto se encuentra la insensibilidad, la atrofia moral. En estos casos, un individuo, aunque se encuentre armado de principios y reglas, no sabrá identificar las situaciones problemáticas que exigen la aplicación de estos principios y de estas reglas.¹⁸

Desde esta perspectiva, es evidente la conexión entre «sufrimiento moral» y «creatividad moral». Y, por otra parte, ¿no es quizás una característica «paradójica»¹⁹ de la argumentación centrada sobre la dignidad humana desarrollar especialmente su fuerza heurística frente a las múltiples formas de negación de la dignidad?

Referencias bibliográficas

¹ VIAFORA C. *Introduzione alla bioética*. Milano: Franco Angeli: 2006.

² ROY D. *Orientamenti e tendenze della bioética nel ventennio 1970-1990* in VIAFORA C (a cura di). *Vent'anni di Bioética. Idee, protagonisti, istituzioni*. Padova: Gregoriana Libreria Editrice; 1995: 99-102.

³ MORDACCI R. *I Comitati di etica, una realtà in divenire*. Aggiornamenti sociali 1997; 48: 127-138; VIAFORA C (a cura di). *Comitati etici. Una proposta bioética per il mondo sanitario*. Padova: Libreria Editrice; 1995; ID. *I Comitati etici in Italia. Tensioni e potenzialità di un sistema in costruzione*. Aggiornamenti Sociali 1999; 12: 827-840.

⁴ ABEL F. *Comités de Bioética. Necesidad, estructura y función*. Folia Humanística 1993; 31 (334): 391-418.

⁵ PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *Deciding To Forego Life Sustaining Treatment*. US Government Printing Office, Washington D.C. 1983. Appendix F, pp. 439-457.

⁶ PARIZEAU MH (sous la direction de). *Hopital et éthique. Roles et défis des Comités d'éthique clinique*. Quebec: Le Press de l'Université Laval: 1995.

⁷ LEBEER G (ed.). *Ethical function in Hospital ethics Committees*. Biomedical and health Research European Commission, vol. 51. Bruxelles; 2002.

⁸ GUTMANN A, THOMPSON A. *Deliberating about bioethics*, Hastings Center Report 1997; 23 (3): 38-41.

⁹ VIAFORA C. *Clinical bioethics. A search for the foundations*. Dordrecht: Springer: 2005.

¹⁰ D'AGOSTINO F. *La dignità umana, tema bioético* in CATTORINI P, D'ORAZIO E, PO-

CAR V. *Bioetiche in dialogo. La dignit  della vita umana, (l'autonomia degli individui*. Milano: Zadig; 1999: 103-108.

¹¹ VIAFORA C. *Indivisibile dignit . Un'analisi delle implicanze bioetiche della Carta dei diritti fondamentali dell' Unione Europea*. La Societ  2002; 5: 641-651.

¹² HASSEMER W. *Argomentazione con concetti fondamentali. L'esempio della dignit  umana*. *Ars interpretand* 2005; 5:125-139.

¹³ SCHOCKENHOFF E. *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundris*. Mainz: Matthias Grunewald Verlag; 1993 (trad. it. *Etica della vita. Un compendio teologico*. Brescia: Queriniana; 1997).

¹⁴ GRACIA D. *L'etica dei comitati di etica in VIAFORA. Comitati etici...*

¹⁵ CATTORINI P, MORDACCI R, REICHLIN M. *La nozione di dignit  della vita umana: universalit  e singolarit * in CATTORINI, D'ORAZIO, POCAR. *Bioetiche in...*

¹⁶ ANGELINI G. *Il senso orientato al sapere. L'etica come questione teologica* in AA.Vv. *L'evidenza e la fede*. Milano: Glossa; 1998: 387-443.

¹⁷ RICOEUR P. *Soi- meme comme un autre*. Paris: Seuil; 1990 (trad. it. *Se stesso come un altro*. Milano: Jaca Book; 1993); ID. *Les trois niveaux du jugement medical*. *Esprit* 1996; 12: 21-33.

¹⁸ VETLESEN AJ. *Perception, empathy and judgment. An inquiry into preconditions of moral performance*. Pennsylvania: Pennsylvania University Press; 1994.

¹⁹ ANDORNO R. *The paradoxical notion of human dignity*; *Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto* 2002; 2: 151-168.

Presentación del libro **Comités Hospitalarios de Bioética***

*Carlos Tena Tamayo ***

Comités Hospitalarios de Bioética. Dra. Martha Tarasco Michel. Manual Moderno/Universidad Anáhuac, México, 2007.

Muy buenas tardes tengan todos ustedes. Antes que nada, quiero dar las gracias al Dr. Óscar Javier Martínez González, Director de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac y a la Dra. Martha Tarasco Michel, autora de esta obra, por su atenta invitación. Es un gran honor para mi presentar este interesantísimo libro: “Comités hospitalarios de Bioética”.

Confieso que me pareció muy difícil tratar de hacer una síntesis de esta obra, y es que cada capítulo está lleno de conceptos tan valiosos, que resulta complicado discriminar para resaltar sólo algunos; no obstante, para abrir boca para su lectura, me permitiré destacar ante ustedes algunos fragmentos de lo escrito por los autores.

La introducción de esta obra, de 125 páginas, la realiza el Doctor en Filosofía José Enrique Gómez Álvarez, Investigador de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac. La presenta haciendo referencia a los 16 autores de los 17 capítulos, todos expertos en el tema que desarrollan. La obra está dividida en tres partes. La primera, con nueve capítulos, para abordar fundamentos y métodos; la segunda, con tres capítulos, para presentar experiencias de los Comités de Bioética; y la tercera, con cinco capítulos, para revisar otros temas por considerar en los Comités de Bioética. Finaliza con un Anexo.

* Esta presentación fue realizada el 6 de septiembre de 2007 dentro de las actividades del Seminario sobre Evolución Humana, realizado en la Universidad Anáhuac del Norte, México, D.F.

** Subdirector Médico del ISSSTE.

Coincido con el Dr. Gómez Álvarez en que este libro será identificado como de consulta; sin embargo, es recomendable su lectura completa. Sugiero que en la primera ocasión se lea en el orden en que se presenta, por la estructura lógica como se desarrollan los diferentes temas.

En el primer capítulo, el Dr. en Filosofía Jorge Aguirre, nos habla de los cinco principales mitos, o los más comunes, respecto al saber y al conocimiento científico: 1) Nadie escarmienta en cabeza ajena. 2) Más sabe el diablo por viejo que por diablo. 3) La verdad no peca pero incomoda. 4) Nada es verdad ni mentira, todo va según el cristal con que se mira. 5) Dos cabezas piensan más que una. El autor reflexiona sobre estos mitos en los que los comités de ética pueden caer. Enriquecen enormemente este ensayo los sólidos conceptos filosóficos que fundamentan las aseveraciones vertidas, así como los ejemplos de situaciones, que muchos hemos vivido en alguna ocasión, y que a su vez nos permiten entender el por qué de este capítulo y nos hace considerar estos preceptos y tenerlos presentes.

El Mtro. en Filosofía David Calderón Martín del Campo, escribe sobre "La licitud ética de los Comités de Bioética" y refiere que un Comité de Bioética (CBE) es un cuerpo colegiado al que se le solicita un parecer, y cuya actuación fundamental consiste en responder a las consultas específicas para las que fue creado. Describe con precisión y de manera amena, cómo, por qué y para qué nacen los Comités de Bioética posterior a la Segunda Guerra Mundial, la gran trascendencia y el beneficio que se espera de ellos y esencialmente de su licitud; nos ilustra de los tipos de comités que se han desarrollado, desde los internacionales y generales, hasta los locales y específicos, también los cataloga por su tipo de ejercicio.

Objetivamente nos refiere las cuatro funciones más importantes de los comités, y las características necesarias para su adecuado y ético funcionamiento, proponiendo que se debe buscar su evolución a comités de calidad. Él, al igual que otros autores de este libro, se refiere a la importancia de la competencia de los integrantes de los comités y ejemplifica con la siguiente aseveración de Herranz: *...uno de los mayores peligros que acechan a la bioética hoy no es tanto el legítimo pluralismo ético, sino el reduccionismo operativo paradigma tecnológico manipulativo.* También propone las cualidades que debe tener

un comisionado. El conocer los conceptos señalados aquí, resulta fundamental, para entender qué es, cómo debe funcionar y qué se puede esperar de un CBE.

En el capítulo tres se hace un análisis internacional de los CBE en los hospitales, por medio de una amplia revisión de la bibliografía de los diferentes modelos utilizados por los CBE. El autor de este capítulo es el Dr. Óscar Javier Martínez González. Hacia el final del siglo XX, la bioética a evolucionado a través de una crisis de valores en el mundo de la medicina, en donde se proyecta el mismo relativismo moral que hoy se reconoce en la mayoría de las sociedades, y menciona que como respuesta nace la Bioética personalista. Ésta se basa en dos principios; por un lado, en una concepción integral del hombre y que entiende que la razón humana es capaz de acceder a la verdad moral; y por otro, en el acto médico donde se toman en cuenta dos conceptos claves: la dignidad de la persona humana y el significado moral o ético del acto médico en sí mismo.

Nos reseña de los casos más connotados que en Los Estados Unidos influyeron para la instalación de los comités hospitalarios, así como de su surgimiento en nuestro país. De los resultados de este análisis, una de las principales conclusiones es que los miembros de diferentes CBE pertenecen a la sociedad que toman las decisiones de los casos, basados en principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Esto se hace, menciona el autor, utilizando la metodología del consenso, y allí pone la interrogante y naturalmente el punto a reflexionar, ¿el consenso es la mejor forma para llegar a la verdad?

En el capítulo cuatro, Martha Tarasco, Doctora en medicina y especialista en comunicación humana, junto con el Dr. José Enrique Gómez Álvarez, profundizan en el consenso en los comités de bioética. Nos introducen con claridad cómo es que las variaciones en fundamentos antropológicos inciden en los criterios éticos y bienes por tutelar, y éstos, a su vez, en los tipos de respuestas de los CBE. Se menciona que dichos comités están formados por una pluralidad de sujetos de diferentes disciplinas, con diferentes formaciones en bioética, e inclusive con valores contrapuestos y que intentan alcanzar la realidad por medio de un juicio verdadero y poder obtener de sus acuerdos o desacuerdos, una o varias recomendaciones éticas acepta-

bles en los casos consultados. Lo anterior, mencionan, es alcanzado por el consenso que puede tener diferentes sentidos, algunos falsos y resultantes de la complicidad que por pereza o complejidad, no se logran y otros con un juicio ético verdadero. Estos autores hacen un análisis bastante profundo de las decisiones fundamentadas en las diferentes vertientes éticas, el consenso, el positivismo o en remediar situaciones urgentes; nos reafirman los conceptos del pluralismo y el liderazgo en los CBE. Concluyen recordando que los CB son una respuesta paliativa a la complejidad de las decisiones éticas en la complejidad de los avances técnicos científicos, respecto de los límites de la vida humana.

En el capítulo cinco, la misma Dra. Tarasco escribe sobre el personalismo en los CHB y nos acerca a lo que idealmente debería ser un comité de bioética. Nos permite reflexionar sobre el significado de la verdad, su relación absoluta con la verdad y el papel de la conciencia, todos elementos necesarios para una decisión bioética. Establece que el objeto propio del ejercicio de la bioética, el planteamiento del problema y la finalidad que se busca, deben estar vinculados a la búsqueda de la verdad en el ámbito de los dilemas que la atañen. Se nos da a conocer el concepto de personalismo, para el que su valor fundamental es el de respetar la naturaleza ontológica de la persona, porque es el fundamento de su dignidad y a este valor subordina todos los demás. Se identifican las ventajas que puede obtener un CBE al trabajar con este método y se compara con el de consenso. Concluye que el personalismo es la respuesta más competitiva a la búsqueda del bien integral del hombre.

Adriano Pessina, doctor en filosofía y Director del Centro de Bioética en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica de Sacro Cuore, en Italia, nos habla, en el capítulo seis, de la cuestión del método desde la perspectiva de la bioética personalista. Destaca la importancia del método en las cuestiones bioéticas ligadas a la medicina por los nuevos problemas que impone el avance de la ciencia y la tecnología, del carácter experimental de la terapéutica médica, el uso de tecnología altamente costosa, y la variación en los esquemas de la relación médico-paciente (paciente-consumidor). Todos estos temas, dice, ponen en duda el verdadero beneficio de su uso. Considera que un método podría ayudar a resolver conflictos de valores, in-

tereses y elecciones, pero advierte que dicho método es meramente formal e insuficiente.

El Dr. Pessina nos comenta ampliamente sobre el método y nos ilustra acerca de la "ética de los principios". Precisa que la especificidad del método de la Bioética no está en el método, sino en los contenidos que ella enfrenta y, por lo tanto, en el hecho de que la cuestión ética debe clarificar y valorar procesos y acciones que están mediados por el conocimiento científico y de la práctica tecnológica. Hace también un análisis de la propuesta metodológica de Elio Sgreccia, representado por un triángulo interdisciplinario integrado por la biomedicina, la antropología y la ética.

El método es analizado a través de la bioética personalista. En el capítulo siete, el Dr. Pessina nos indica cuál es la función del Comité Ético de Investigación (CE) y su función como conciencia crítica de la institución. Sustenta sus afirmaciones haciendo gala de sus amplios conocimientos filosóficos sobre la materia, pero con fina sencillez, y dentro de sus conclusiones comenta "que la actividad del CE dentro de la institución será eficaz bajo dos condiciones: que el CE no se pierda y no sea hecho un cuerpo extraño a la vida concreta del hospital y que mantenga la libertad de valoración y una separación metodológica de la perspectiva económico-social que gobierna a la misma institución". Afirma que el reto es difundir y hacer funcionar una conciencia ética al interior de las estructuras institucionales, lo cual influirá en el crecimiento intelectual del comité de ético de investigación.

En el capítulo ocho, el Dr. José Enrique Gómez Álvarez aborda el tema de la dimensión espiritual y religiosa en los comités de bioética. La participación en los CBE de quien representa el aspecto espiritual y religioso en los problemas que trata un comité, nos hace notar el dilema existente en esta participación, las tensiones entre ambos discursos, religioso y bioético, y dan un doble reto de accesibilidad y de significado, pareciendo ser de esferas diferentes. La creencia religiosa o es una actitud/actividad privada ante la vida, o es una actividad pública como las demás ocupaciones humanas; si es lo primero, menciona, se puede apelar a ella en situaciones de decisión, ya que siempre las decisiones son concretas y particulares; si es lo segundo, es

evaluable en cuanto una actitud general ante la vida que afecta a todas las decisiones de la vida, técnicas o no.

El autor nos comenta que la deliberación moral que se presenta en los comités no es simple, sino son verdaderas paradojas morales y que el discurso unificador de la interdisciplina es el ético-filosófico. Siendo este un lenguaje de sentido y no de descripción, el autor nos habla sobre la naturaleza de la creencia religiosa que tiene un sentido soteriológico y un sentido ético que interactúan y no son desligables entre sí. También de manera objetiva nos dice cuál es el papel específico del consultor en materia religiosa dentro del CBE.

El capítulo nueve nos propone una metodología para el análisis de los problemas ético-clínicos. La doctora en filosofía y medicina, Paulina Taboada, Directora del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, nos muestra la sistematización para un análisis ético en forma práctica y objetiva. Resultan interesantes los seis pasos fundamentales que nos facilitan el análisis de los casos y llegar a soluciones objetivas; la autora nos recuerda los principios básicos de la ética clínica y con ejemplos muy acertados, nos demuestra la utilidad del método.

En la segunda parte del libro, en el décimo capítulo la Dra. María de la Luz Casas Martínez, quien es médico, maestra en bioética y doctora en ciencias, nos hace una reseña muy completa sobre la aparición y los antecedentes de los CBE en América Latina, su situación legal en México y los lineamientos que deben observar los CBE de acuerdo a la normatividad. Escribe sobre la experiencia del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, de su creación y de su basta productividad. Sobretudo justifica con los problemas presentados en las instituciones de salud, el papel de los comités de ética y bioética como garantes de calidad ética y científica.

En el capítulo once, el licenciado en derecho Octavio Casa Madrid Mata y un Servidor, tocamos el tema acerca de los criterios utilizados en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), para la resolución alterna de conflictos entre médicos y /o sus familiares con prestadores de servicios de atención médica, a través del procedimiento arbitral. La CONAMED participa en la solución del conflicto médico, y esencialmente se describe cómo lo hace a través del análisis sistemático del acto médico, realizado por profesionales de la sa-

lud, bajo principios bien definidos y procedimientos perfectamente establecidos, siempre buscando la verdad.

Miguel Bedolla, licenciado en historia, médico y maestro en salud pública, doctor en filosofía y consultor de bioética clínica de la Universidad de Texas en San Antonio, nos presenta en el capítulo doce de la obra, su experiencia personal, al tiempo que advierte de las anomalías que pueden existir en la estructura y funcionamiento de Comités de Ética Hospitalaria. Pone el dedo en la llaga al reconocer la falta de expertos en la materia como integrantes de los mismos, la falta de protocolización para su operación estandarizada y la falta de presupuesto para su operación. Comparte con el lector las funciones, la organización y las responsabilidades del comité de ética del que fue Presidente en el Hospital de la Escuela de Medicina del Centro de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Texas en San Antonio, donde se advierte el propósito del Comité para educar a todos los profesionales de la salud acerca de la ética. Así señala uno de los principales retos que tenemos en nuestro entorno y el cual esta Universidad está atendiendo.

En la tercera parte de este libro se abordan algunos de los temas que los comités de bioética deben considerar. Por ejemplo, en el capítulo trece el doctor y maestro en ciencias José Manuel Madrazo, revisa el tema de la Regulación de la fertilidad y los CBE. Reprueba la política pública que promueve el uso de métodos de planificación artificial sin que se promuevan los métodos de planeación natural de la familia, dado que supone un sesgo al atentar contra la información veraz. Considera que los métodos artificiales atentan contra la dignidad de la persona humana y contra el desarrollo integral de la familia. Analiza la anticoncepción de emergencia y advierte de sus consecuencias éticas y en la salud de la mujer. Señala además el derecho de los médicos a anteponer objeción de conciencia ante la utilización de estos medios. Concluye que en los CBE este tema debe analizarse con una visión multidisciplinaria, que anteponga una evaluación integral en virtud de la cantidad de enfoques con los que se abordan estos temas.

En el capítulo catorce, la licenciada en derecho y maestra en bioética, Lorena Malpica Hernández, nos adentra en el tema del delito de usurpación profesional. De forma clara y puntal, la autora nos relata

la historia, los conceptos y el marco jurídico que lo envuelve. Nos comenta que las personas de la comunidad que participan en los CBE y profesionistas afines, deben tener los conocimientos suficientes para participar en los consensos, dada la importancia de las determinaciones que en estas emanar. También nos recuerda que es un deber moral denunciar los actos violatorios de las profesiones que traiga aparejada la usurpación profesional.

El Dr. Héctor Marroquín escribe en el capítulo quince sobre la protección de la vida humana en el proyecto político mexicano. Revisa los ordenamientos legales y textos nacionales e internacionales en favor de la defensa de la vida. Al mismo tiempo, lo contrasta con las iniciativas que atentan contra la dignidad del ser humano y la propia vida, señalando que hay una propuesta legislativa para modificar en la Ley General de Salud, el concepto de embarazo, y considerarlo a partir de la implantación del embrión. Desde su óptica, abre la posibilidad a la clonación y al aborto previo a la implantación. Concluye que cualquier modificación legal debe respetar la vida y la dignidad humana

El Dr. Manuel Isaías López, médico psiquiatra y psicoterapeuta, además de doctor en bioética, nos recuerda en el capítulo dieciséis que los participantes en un CBE no pueden estar ajenos a los aspectos emotivos del paciente y de todos los participantes en un dilema. Define a la emoción como una sensación o un estado de ánimo intensos, y nos recuerda que están presentes en nuestras conductas cotidianas y que influyen en procesos importantes de decisión de la conducta, de la memoria y los de conciencia. Nos confirma que el sentimiento es una forma de pensamiento en el que se reconstruyen imágenes relacionadas con la emoción. Nos habla de las emociones y de las relaciones humanas, en especial de la relación médico-paciente. Refiere que en los integrantes de un CBE, entre sus características, está la capacidad emocional que han de tener al manejo e integración de sus respuestas emocionales.

En el capítulo diecisiete, último de la obra, el médico y maestro en bioética Ramiro Alonso Pando, explora el aspecto social en los comités de bioética y nos menciona que estos tienen el privilegio de ejercer una acción social tanto interna como externa. Así mismo, nos hace reflexionar, a través de un minucioso análisis objetivo y crítico,

sobre los aspectos sociales que influyen en forma negativa en la medicina y a los que los CBE, y que no pueden estar ajenos. Define con claridad el significado social en los comités de bioética.

Finalmente, en el anexo del libro, el Dr. Óscar Javier Martínez González, director de la Facultad de Bioética presenta el documento que la Secretaría de Salud expidió en 1999, relacionado con los lineamientos para la organización y funcionamiento del Comité de enseñanza, investigación, capacitación y ética hospitalario, el cual entre otras responsabilidades tiene la de vigilar el cumplimiento de los principios deontológico y bioético-médicos por el personal de salud.

Comentario final

Como ustedes podrán identificar, y lo harán con mayor convicción cuando lean el libro, esta obra será de gran utilidad para todas aquellas personas que de una u otra manera tienen que ver con el tema, como los que colaboran en los comités de bioética hospitalarios o de investigación, los médicos y personal paramédico que todos los días tienen que tomar decisiones y realizar actos médicos o de investigación con seres humanos, y también para el personal en formación, pues la bioética ya está presente en el programa de estudios de varias facultades de medicina.

Considero que el libro cumple el objetivo expresado por el Dr. Gómez Álvarez en la introducción: proporcionar elementos y criterios de los alcances y límites de los Comités de Bioética y directrices para una mejor toma de decisiones, pues presenta criterios claros sobre lo que debe ser un Comité Hospitalario de Bioética y establece reglas de cómo deben funcionar y quiénes lo deben integrar.

Como corolario, queda el compromiso de todos los conocedores del tema para capacitar a los que participan en los Comités de Bioética, pero también la responsabilidad de fomentar la formación en valores éticos, tal y como lo hace la Universidad Anáhuac.

Francesc Abel menciona: "Ética y biología han de dialogar para ayudar al hombre a ser dueño de su destino y en conformidad con su dignidad de hombre. Pueden hacerlo de manera constructiva, profundizando en su propia lógica, rechazando soluciones acomodaticias..."

Los nuevos poderes que el hombre tiene debe llevarnos a que el indefinido futuro sea el ámbito de la responsabilidad humana”.

Esta obra nos facilita la reflexión y nos permite identificar falsos paradigmas. Por ejemplo, aquellos que ha impedido a algunos a tener una participación libre para externar principios morales, por temor a la censura porque se pueden considerar que están asumidos sólo por creencias religiosas; sin embargo, los autores nos llevan a identificar con casos cotidianos cómo se puede sistematizar el análisis ético en forma práctica y objetiva, y cómo nuestro vivir influirá necesaria y lógicamente en nuestras decisiones ante un paciente, sin que esto sea reprochable.

Debemos reconocer que aun actuando en conciencia, la conciencia moral puede ser errónea cuando se basa única y exclusivamente en el criterio propio, pues no toma en cuenta los principios éticos universales; pero cuando lo hace se considera verdadera y cierta, cuando se toman en cuenta las condiciones específicas de una sociedad en particular. Si bien en diversos capítulos se presenta alguna metodología para buscar la verdad, se insiste en que el compromiso es identificar el camino para tomar una decisión ética

En el texto se resalta permanentemente lo que Carrasco de Paula considera los principios de la Bioética: respeto a la inviolabilidad, a la integridad y a la identidad de la vida humana. Esta fundamentación ética exige el respeto a la vida humana como valor primario, así como el ejercicio de una libertad responsable, basado en la dignidad de la persona.

La dignidad o valor de la vida humana excede al fenómeno biológico y exige no disponer del paciente como un medio dentro del acto médico para fines distintos a la protección de su salud, violentando sus derechos de libertad, autonomía y justicia. Por lo tanto, todo acto de instrumentalización se debe tener por no ético (este principio, se puede considerar universalmente aceptado).

En nuestro país, existe la intención de legislar para evitar lo que aparentemente genera ciertas injusticias en algunos grupos de la sociedad, por limitación a sus libertades. Pero hay que decir que la justicia es no causar daño a nadie, o dicho en sentido positivo, significa respetar la vida de todo ser humano. La definición tradicional “dar a cada quien lo suyo”, significa reconocer en el plano social a todo ser

humano lo que le corresponde ontológicamente, y en este sentido, “dar” significa reconocer mediante la razón, no el acto de voluntad subjetiva.

Todo ser humano tiene sustancialmente los mismos derechos que cualquier otro, aun en la diversidad existencial, pues poseen la misma dignidad. La conservación de la vida se constituye como derecho fundamental, como condición para cualquier otro derecho. Pero, también, a todo ser humano se le reconocen los mismos deberes, evitando privilegios y buscando restablecer el equilibrio social.

A pesar de que existen discusiones en nuestro país sobre el momento para respetar la vida, quiero recordar que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos lo establece con claridad en el Artículo 123 Fracción XV que hay que disponer lo necesario para garantizar la salud y la vida de los trabajadores, y “del producto de la concepción”, cuando se trate de mujeres embarazadas. Por lo tanto, todos estamos obligados por mandato constitucional a proteger la vida desde ese momento.

El médico debe rescatar y exigir su derecho a ejecutar el acto médico, con libertad y autonomía, siempre que sus acciones se realicen en beneficio del individuo, fundamentalmente dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud como lo marca la Ley General de Salud, acciones sin estos fines no son propias de la profesión y por lo tanto no pueden ser exigibles a los médicos.

Felicito y agradezco nuevamente a la Dra. Martha Tarasco Michel por su iniciativa y a todos los que colaboraron en este libro, por su valiosa aportación que realizaron para la reflexión del tema. Mi reconocimiento a la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, distinguido centro formador y líder de opinión en esta materia, por cumplir con su misión.



Facultad de Bioética

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de la XII generación de su Maestría en Bioética la cual dará inicio el 14 de enero de 2008.

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

Requisitos de admisión:

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: 30 de noviembre de 2007

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: 7 de enero de 2008

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 los días jueves de 7:00 a 16:00 hrs.

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 aproximadamente. \$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: labisua@anahuac.mx



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/Subscription	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 en Diciembre de 2007,
en los Talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México D.F.
Tiraje 500 ejemplares**