

ANAMNESIS

Boletín de bioética clínica y filosofía de la medicina

Director

Eduardo Díaz Amado, MD

Editores

Fernando Suárez Obando, MD

Efraín Méndez, MD

Grupo de investigación en Bioética Clínica y Filosofía de la Medicina

Eduardo Rueda Barrera

Hugo Escobar Melo

Olga Maldonado

Margarita Quiroga

Nelson Castañeda

Sonia Agudelo

José Manuel Silva

Celso León

Efraín Méndez

Fernando Suárez Obando

Eduardo Díaz Amado

Comité científico

Volnei Garrafa, PhD

Fernando Lolas Stepke, MD

E. Haavi Morreim, PhD

Álvaro Ruiz, MD

Franco Alirio Vergara, PhD (c).

Helena Trujillo Maza, MD

Saúl Franco Agudelo, PhD

Mathew D. Eddy, PhD

Roberto Esguerra Gutierrez, MD

Sergio de Zuburúa Samper, Fil., MSc

Jairo Clavijo Poveda, PhD

Guillermo Hoyos Vásquez, PhD

Fernando Sánchez Torres, MD

Jaime Bernal Villegas, MD., PhD

Jorge Gaitán Pardo, Abogado y

Alfonso Llano Escobar, S.J.

María Inés Jara Navarro, MSc

Con el apoyo de:

Instituto de Bioética,

Facultad de Medicina,

Pontificia Universidad Javeriana.

Imagen portada

Le Sacre (Detalle)

Miguel Henricot, 1987.

con autorización del autor

Impresión

Fundación Cultural Javeriana

de Artes Gráficas –JAVEGRAF–

Bogotá, DC., Colombia.

Número 2, diciembre de 2008

ISSN 2011-1258

Contenido

Editorial

**Bioética clínica, escenario de debate,
análisis y compromiso** 2

Reflexión

La medicina como Paideia 4
Efraín Méndez

Crítica

La arrogancia médica se cura con poesía 8
Eduardo Díaz Amado

Caso clínico

Reflexión de un caso clínico de cáncer de seno 13
Gustavo A. Contreras
Paula Margarita Hurtado

**Limitación del esfuerzo terapéutico en
UCI neonatal** 18
Nelci Astrid Becerra Martínez
Nelson Castañeda Alarcón

Bioética y animales

**Reflexión en torno a la bioética clínica animal
y algunos de sus teóricos** 25
Ricardo Andrés Roa-Castellanos

Cibergrafía

Decisiones del final de la vida 30
Margarita María Quiroga Cárdenas

Glosario 32
Sonia Agudelo A.

Bioética clínica, escenario de debate, análisis y compromiso

La bioética, como disciplina y como movimiento, nace como una respuesta a los interrogantes, principalmente de carácter ético-jurídico, que la investigación biomédica, los avances en el campo de las ciencias de la vida y la transformación del ejercicio de las profesiones de la salud han suscitado desde mediados del siglo XX. Con el desarrollo de este nuevo campo de estudios y su expansión institucional, que le ha asegurado ya un lugar en el mundo académico, la bioética ha ampliado también su campo de interés y de acción. La problematización del encuentro entre tecno-ciencia, cultura y sociedad, le concierne desde el ámbito ecológico, la esfera política o la estructura económica, hasta los particulares dilemas éticos que se presentan en una unidad de cuidado intensivo neonatal o la propia identidad de las profesiones de la salud. Este ensanchamiento de su campo de estudio plantea problemas sobre el estatuto epistemológico de esta disciplina cuyo ser es necesariamente "compartido" con las ciencias y otras disciplinas.

La bioética clínica, que reflexiona sobre la naturaleza y modos de proceder de los diversos agentes e instituciones en el campo de la atención clínica y los servicios de salud, en un escenario que refleja la gran influencia del avance

tecno-científico en nuestra sociedad, no es simplemente un "tipo" de bioética pues, histórica y filosóficamente, la bioética clínica ha sido elemento constitutivo del "núcleo" mismo de lo que podríamos llamar simplemente como *bioética*. Sin desconocer una larga y bien asentada tradición representada por la ética médica, la bioética clínica se ha venido perfilando y caracterizando como una reflexión crítica acerca de lo bueno y lo justo en relación con los sistemas y las profesiones de la salud. En este último sentido, la bioética clínica está profundamente unida a la filosofía de la medicina.

La asunción actual de la medicina como "tecno-ciencia", desestimando su ser "arte" y "profesión", más su conversión en una actividad regulada por empresas privadas cuyo objetivo central es el lucro económico, ha contribuido a crear una mayor distancia entre médicos y pacientes. El vínculo de fiducia y confianza, esencia del *éthos* médico, que debería prevalecer en dicha relación, es ahora un elemento exótico, perteneciente a un museo de historia de la medicina, algo extinto y sin ninguna otra utilidad en el presente que la de inducir suspiros por un supuesto tiempo pasado mejor de la profesión. Entre tanto, los médicos que hablan con gráficas –

fungiendo de economistas-, que citan teorías de justicia distributiva y elevan sus hombros como para decir “lo siento” cuando, sirviendo a intereses de terceras partes, le niegan la atención requerida a un paciente, mientras repiten estereotipadamente que “los recursos son escasos pero las necesidades son infinitas”, son los que parecen definir hoy lo que es “bueno y justo” en la práctica médica. Claro, mientras unos se ven forzados a asumir el reto de atender pacientes, trasnochar y exponerse a los riesgos de ejercer la medicina hoy, ellos se dedican a “administrar”, exhibiendo una extraña manera de entender las teorías de justicia que promocionan. Es lamentable que hoy la “salud” de las empresas de salud esté por encima de la salud de los propios pacientes. Pero más lamentable aún es que algunos médicos, sin importar si están en un servicio clínico o en el sector administrativo, han olvidado que su deber fundamental es para con el bienestar del paciente. Para ellos de lo que se trata es de ser gerentes exitosos en algún cargo burocrático del sector. Y aquí exitoso implica tener que obrar muchas veces como *banquero* cuando lo que se ha jurado ser es *MÉDICO*.

En este número de *Anamnesis*, el grupo de investigación en Bioética Clínica y Filosofía de la Medicina continúa en la línea de impulsar la caracterización epistemológica de las disciplinas que se ocupan de reflexionar sobre la identidad y los aspectos normativos de las profesiones de la salud, en particular de la medicina. Así mismo, busca promover la producción académica y la acción pedagógica en este campo. La revista está abierta a la participación de todos los interesados en este campo, entendiendo que difundir una reflexión crítica en este terreno implica necesariamente una invitación a la acción, a asumir posiciones políticas respecto al propio oficio y frente a los modelos de salud vigentes. No sólo se trata de erradicar conductas que hoy son inaceptables, como el paternalismo médico, sino de hacer visibles y objeto de crítica los innumerables mitos, sujetos y discursos que legitiman el estado actual de las profesiones de la salud. Los artículos de esta edición incluyen desde la teorización sobre la noción de ciencia médica hasta el examen de casos clínicos particulares donde entran en juego la dignidad del paciente o la adecuada valoración de la vida humana.

Pontificia Universidad Javeriana

Instituto de Bioética - Cenalbe

Boletín N° 2

Transversal 4ª N° 42-00 piso 5

Teléfono: 320 83 20 exts.: 4537 / 4538

Bogotá, Colombia, S.A.

Correo e: bioeticaclinica@javeriana.edu.co

bioeticaclinica@gmail.com

Web: www.javeriana.edu.co/bioetica

La medicina como *Paideia*

EFRAÍN MÉNDEZ, MD*

Ha sido recurrente el regreso a los orígenes históricos del saber médico occidental, cada vez que se interroga por la integridad y eticidad del oficio. Se cita la medicina hipocrática como fuente prístina y del más alto nivel ético. Pero ¿qué es lo que realmente tiene valor moral en el saber médico hipocrático y qué es más bien anecdótico o mera especulación? De esa distinción se trata este artículo.

Anteriores indagaciones sobre la antigüedad griega han permitido sustentar lo que se ha denominado como “Ética de la virtud”, la cual se ha difundido y enseñado en Occidente en la mayoría de las escuelas médicas. El artículo de Vidal-Gual¹ ha hecho un recorrido histórico que vincula nuestra noción de virtud profesional con el modelo de la ciencia médica griega. Se invoca principalmente el texto del juramento hipocrático y, ocasionalmente, otros textos del corpus hipocrático² como “Los preceptos”, “los aforismos”. “Sobre la decencia” y “sobre el médico”. Las virtudes exigidas en estos tratados, orientadas a regular el comportamiento del médico, se convierten con el paso de los años en un *ethos*: en una tradición cultural.

Para la ética de la virtud esta tradición se constituye en el soporte moral de la ciencia médica contemporánea, en efecto, la palabra griega *areté* significa virtud, superlativo de *agathon*: lo bueno, luego virtud significa excelencia, así entonces se conmina al médico a la búsqueda de la excelencia profesional. No obstante, para alumnos y docentes de las carreras médicas de hoy, no es claro lo que significa la excelencia de una ciencia. Pues al examinar con detalle los desarrollos de esta ética de la virtud, se muestra cómo se centra en enfatizar los rasgos psicológicas deseables en el profesional que benefician la relación médico paciente, como por ejemplo: el respeto por el paciente, la prudencia y la honestidad, lo cual si bien contribuyen altamente a la buena relación médico-paciente, no parecen ser suficientes, pues a pesar de to-

* Profesor Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana.

1 Vidal-Gual, José Manuel. “Las virtudes en la medicina clínica”. Revista *Medicina Familiar*, vol. 8, 2006, p. 42.

2 *Tratados hipocráticos*. Ed. Gredos, Madrid, 1993.

dos los esfuerzos por dotar al profesional de la salud de un buen carácter, parece existir hoy un divorcio creciente entre las buenas intenciones de los formadores de médicos y la experiencia vivida por el enfermo.

El profesor Werner Jaeger en su monumental obra sobre la cultura griega denominada *Paideia*³, a la que dedicó varias décadas de su vida, propuso a la medicina misma como *Paideia*. Para él la medicina griega había traspasado la frontera de la profesión para convertirse en una fuerza cultural de primer orden: *La medicina como motor de la cultura*. Dice en una parte de su texto:

aunque no hubiera llegado a nosotros nada de la antigua literatura médica griega serían suficientes los juicios laudatorios de Platón sobre los médicos y su arte para llegar a la conclusión de que los siglos V y IV a.C. representaron en la historia de la profesión médica un momento culminante de cotización moral y espiritual. El médico aparece aquí como representante de una cultura especial del más alto refinamiento metódico y es al mismo tiempo la encarnación de una ética profesional ejemplar...

pregunto entonces: ¿en qué se soporta tan alta calificación de W. Jaeger y en qué consiste lo que él llama "una ética profesional ejemplar" del saber médico? Parece ser algo más sustancioso que la mera petición de excelencia o las virtudes del carácter que consagra el juramento hipocrático y de las cuales veníamos hablando. A lo que invita W. Jaeger no es a un mero retornar al pasado. De hecho, la medicina hipocrática no fue ni la única ni la más exitosa de las medicinas que convivieron en su tiempo.

¿Qué fue, entonces, lo que sirvió a Platón y Aristóteles como referencia en la construcción de sus propias éticas? ¿Qué era lo que admiraban los filósofos clásicos en sus alabanzas, para que haya sido considerada el *techne* médico como paradigma de la ética y pueda ser propuesta en consecuencia por importantes autores como Jaeger, en el más alto grado para un saber, como motor de la cultura, como *Paideia*?

Antes de examinar algunos apartes del diálogo platónico "Gorgias", donde W. Jaeger parece encontrar la respuesta, digamos que desde los tiempos homéricos se venía utilizando entre los griegos el término *techné* para indicar la práctica de un oficio, para el que se requería una determinada destreza manual y unos conocimientos precarios adquiridos de la experiencia. No obstante el oficio era accidental y artesanal. El término *techné* evolucionó en el pueblo helénico con los siglos, pues las denominadas *technai* del siglo V son ya entendidas como sinónimo de ciencia en el sentido de una teorización sobre una actividad bien determinada, con unas reglas y una metodología orientada a unos fines bien precisos y ejercida de manera permanente por un individuo. No obstante lo que explicita Platón en el citado diálogo, va aun más allá.

Sócrates: Veamos si me concedes que lo que yo decía a Polo y a Gorgias te ha parecido cierto. Les decía que la industria del cocinero no me parecía ciencia (Techne), sino una rutina; y que, por el contrario, la medicina si es una cien-

3 *Paideia*. Werner, Jaeger. Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 1992.

cia; fundándome para esto en que la medicina ha estudiado la naturaleza del objeto sobre que se ejerce, conoce las causas de lo que ella hace, y puede dar razón de cada una de sus operaciones; mientras que la cocina, consagrada por entero a los aderezos del placer, tiende a este objeto sin ser dirigida por ninguna regla, y sin haber examinado ni la naturaleza del placer ni los motivos de sus operaciones; que está desprovista de razón; no da cuenta, por decirlo así, de nada, y no es más que un hábito, una rutina, un simple recuerdo, que se conserva, de lo que se acostumbra a practicar, y mediante el cual se procura el placer⁴.

La cocina, aunque ha teorizado sobre el modo de procurar el placer y así produce y transmite conocimientos, para Sócrates no es una ciencia (*techne*), sino un oficio rutinario. La medicina en cambio es ciencia porque “ha estudiado la naturaleza del objeto de estudio” de tal forma que “puede dar razón de sus operaciones”.

El hilo conductor de esta indagación recae sobre la principal exigencia, expresada por Sócrates de “dar cuenta de lo que hace”, la cual ha sido tradicionalmente entendida como dar explicación de la causa asumiendo que a esa altura del siglo V estaba ya consolidado el sentido contemporáneo de causa como “conexión causal”, por lo que el diálogo ha sido valorado especialmente por su aporte a la epistemología. Pero lo que el término griego “*Aitia*”, contenido en la exigencia socrática, quiere indicar “dar cuenta de” o mejor, “dar razón de la causa”, en el sentido de una causa jurídica o Justificación.

Mario Vegetti, en su artículo sobre causalidad griega⁵, propone que la no-

ción que hoy entendemos como vínculo causal, se instauró más tarde en la Grecia clásica, posiblemente en el siglo IV, a partir del texto *Peri Arkeies iatrike Sobre la medicina antigua*. Siendo así, lo que realmente caracteriza a la verdadera ciencia en el diálogo platónico *Gorgias* es que

un verdadero Saber es aquel que al dar cuenta de las causas, expone los motivos de los actos: El pretexto que justifica la acción. Lo cual significa que La ciencia médica (hipocrática) es substancialmente una investigación de lo bueno para el enfermo.

La medicina es ciencia práctica y debe dar cuenta de sus actuaciones sobre el objeto de estudio, es también objeto de sus actuaciones. Por eso lo científico consiste primero en persuadir sobre *lo bueno para su objeto de estudio, porque ha estudiado su naturaleza y lo conoce*. De esta manera Platón, estudiando la ciencia médica hipocrática, ha explicitado los elementos constitutivos y diferenciadores de un verdadero *Saber Médico*, mucho más que establecer el vínculo causal entre etiología, enfermedad y cura.

Esta perspectiva nos muestra que la evolución de un oficio para constituirse como saber (verdadera ciencia), no consiste en la mera introducción de la racionalidad puesto que un oficio por precario y rutinario que sea comporta el aprendizaje de la experiencia y el uso de la observación razonada, ni en la introducción del nexo causal como hoy se entiende aristotélicamente, ni en la exigencia de

4 Platón, *Diálogo gorgias*. Ed. Gredos. Madrid

5 Vegetti, M. *Culpability, responsibility, cause: philosophy and medicine in the fifth century*. Early Greek Philosophy.

igualdad de género entre las causas y los efectos a la manera de entender de los físicos Jónicos y Alcmenon de Crotona. La importancia de la medicina hipocrática, observada y admirada por Platón, radica en una cierta racionalidad cuya particularidad consiste en que conocer las causas se entiende como un saber para-la-toma-de decisiones, no solamente como teorización de causas y efectos, entendiendo que estamos obligados a dar cuenta de los actos que se derivan de ese conocimiento. Así termina proponiendo Platón la necesaria unidad entre *ethos* y *episteme*, la unidad del verdadero saber. Ésta sería exactamente la caracterización del saber hipocrático en contraste con el saber médico contemporáneo. Así la medicina griega se constituía en un saber maduro y paradigmático (*Techné Iatriké*) el cual sirvió de modelo a Sócrates para proponer su ética.

Hoy nos urgen por impartir cursos de ética o bioética a los médicos en formación, como si la ética fuera algo diferente al ser buen hombre de ciencia, como si fuera algo accesorio o extraño al mismo estatuto del oficio médico, como si la ética fuera extraña a la *episteme*. La dimensión ética se pretende agregar, como un adorno que embellece al científico. Para Platón no había diferencia entre hacer buena ciencia y ser buen hombre científico. Los filósofos griegos admiraron la ciencia de los médicos de su tiempo, entendida como *Techné iatrike: ciencia médica* y la usaron como inspiración y modelo al construir la ética, porque los indujeron a pensar en la posibilidad de un saber superior donde la ética es inseparable y constitutiva de la *episteme*.

Esta línea de reflexión, nos permite afirmar que un auténtico saber médico es primero una investigación sobre lo bueno para el enfermo. Eso es lo que debemos enseñar. Para eso, es necesario formar primero los maestros de esos futuros médicos en el verdadero *arete* médico, persuadirlos sobre la necesaria unidad de la ciencia. En este sentido estaríamos entendiendo el estatuto de la medicina hipocrática como lo leyó y admiró Platón, contribuyendo a un mejor entendimiento de la denominada ética hipocrática. Así la tradicional petición de excelencia a los médicos, orientada principalmente a conseguir un buen carácter psicológico del profesional, tiene ahora una forma tangible, en la exigencia epistemológica del más alto nivel: la necesaria unidad de la ciencia médica entre *episteme* y *ethos*.

Bibliografía

1. Jaeger, Werner. *Paideia*. Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 1992.
2. Gracia, Diego. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Ed. El Búho, 1999.
3. *Tratados hipocráticos*. Editorial Gredos, Madrid, 1993.
4. Torrealba I., Rosello. *Filosofía de la medicina*. En torno a la obra de E.D. Pellegrino Instituto Borja, Barcelona, 2001.
5. Vidal-Gual, José Manuel. "Las virtudes en la medicina clínica". *Rev. Medicina Familiar*, vol. 8, 2006.
6. Outomaro, Delia; Perales, Alberto. *Enseñanza de la Bioética*, *Acta Bioética*, N° 1, 2008, Organización Panamericana de la Salud, Chile, 2008.
7. Drane, James. *Clinical Bioethics*. Ed. Shedd and Ward. Kansas, 1994.

La arrogancia médica se cura con poesía

EDUARDO DÍAZ AMADO, MD, MA*

Petrarca, el gran poeta italiano, humanista y precursor del Renacimiento, se vio envuelto en una acalorada polémica entre los años 1351 y 1353. En el contexto de dicha polémica Petrarca y su oponente se cruzaron duras cartas que hoy tienen un valor no sólo histórico o literario, sino filosófico e, incluso, *ilustrativo* y *pedagógico* para quienes transitamos por los caminos de la bioética y la filosofía de la medicina. Asimismo, la polémica brinda elementos que pueden resultar valiosos para cualquier reflexión crítica sobre el *ethos* actual de la profesión médica, como se espera que se lleve a cabo, por ejemplo, en los terrenos de la bioética clínica y la filosofía de la medicina.

En 1351, Clemente VI, uno de los papas de Avignon, estuvo seriamente enfermo y durante su convalecencia recibió de Petrarca una carta con este consejo: *en vez de estar rodeado de varios médicos, opinando cada uno según su parecer, lo mejor era ser atendido por uno sólo; "uno notable por su ciencia y buena fe, en vez de su elocuencia"*¹. Al convaleciente papa le llamó la atención el consejo de su

amigo, pero antes de seguirlo deseaba comprender mejor su alcance y justificación, por lo que le solicitó al poeta un texto en el que, de manera formal, ampliara su posición. La nueva carta que Petrarca le enviara a Clemente VI despertó la furia y el rechazo de los médicos que lo atendían. Este *malestar médico* llevó a que uno de los ofendidos médicos papales le dirigiera a Petrarca dos "indignadas" cartas las cuales recibieron, a su vez, sendas y fuertes respuestas del poeta. Una vez superada la polémica, y habiendo muerto Clemente VI en 1352, Petrarca revisó las cartas que había escrito y las convirtió en un texto que publicó, en 1355, como las cuatro *Invectivas contra un médico*.

Las *Invectivas* representan en nuestra cultura uno de los primeros episodios de choque y confrontación entre ciencias y humanidades o, más exactamente, entre *pseudo-ciencia* y humanidades. Asistimos

* Profesor, Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana.

1 Petrarca, 2003, p. 5.

ya desde el siglo XIV al debate en torno a los valores, ideales, tipo de profesionales y tipo de práctica que han de caracterizar a la medicina. Evidentemente, algunos cambios culturales y el avance de la biotecnología han re-dinamizado siete siglos después el mismo debate. Hoy también nos preocupa el ser y quehacer de los médicos en nuestra sociedad, la manera como entienden y afrontan su propia práctica así como su compromiso frente a los retos del presente y futuro de la profesión. Las *Invectivas* representan un interesante antecedente histórico y filosófico de la manera como ha de proceder un médico a la luz de unos valores que buscan liberar al hombre de todas las fuerzas que lo esclavizan, como el dogmatismo, la fe ciega en la autoridad o, lo que es peor, en el caso de la medicina, una postura de autocomplacencia y arrogancia. Lo que Petrarca hace en sus cartas es contrastar los valores que él mismo representa, como humanista, con aquellos que parecen guiar la furia del ofendido médico papal. Vale la pena hacer aquí una pequeña digresión alrededor de la palabra *humanista*, que suele ser frecuentemente usada en nuestra sociedad por figuras públicas, intelectuales e, incluso, médicos, para auto-definirse.

Hacia finales de la Edad Media e inicios del Renacimiento (entre los siglos XIV y XVI), la figura del *humanista* representó en alguna medida lo opuesto del personaje que dominaba por entonces el mundo académico y universitario: el escolástico. Mientras el escolástico daba gran importancia al argumento de autoridad, el humanista quiso encontrar en el re-descubrimiento e imitación de la cultura clásica greco-romana —especialmente en los textos escritos— una manera

de enaltecer lo humano. Hay varias interpretaciones e ideas sobre lo que representó el humanismo renacentista². Aquí, sin embargo, sólo haremos énfasis en dos de los valores que caracterizan al humanista: *su amor por el conocimiento* y *su deseo de libertad*. Petrarca representa, en la polémica a la que nos hemos referido, al intelectual libre que se opone a una reclamación profesional basada fundamentalmente en la errónea idea de que ser médico otorga *ipso facto* sabiduría y autoridad. Petrarca, el humanista, criticará duramente a quien, en nombre de la ciencia, el conocimiento o la posición, no ofrece genuinas piedras preciosas, pero que en cambio vende “cosas que brillan”, aunque sin ningún valor.

En sus *Invectivas*, Petrarca va a contrastar el arte “mecánico” de la medicina contra el arte “liberal” de la retórica. Y aquí también vale la pena hacer otra pequeña digresión. La palabra retórica significa hoy para muchos o “el arte de hablar sin decir nada”... “¡Pura retórica!”, afirman algunos para referirse a lo que uno de nuestros políticos está diciendo, queriendo decir que se trata de “pura basura”. Sin embargo, aunque ésta sea una manera de entender la palabra *retórica*, éste no es su único ni original sentido. La retórica hizo parte en el mundo antiguo de las artes liberales, y en la Edad Media, del *Trivium*. Artes liberales en el Mundo Antiguo y Trivium y Cuatrivium en la Edad Media correspondían a lo que hoy podríamos denominar “el currículo básico” de educación. En él también estaban otras disciplinas como las matemáticas, la astronomía y la gramática. La retórica, en su preocupación por el lenguaje,

² Norman, 2004, pp. 1-25.

por las reglas que lo gobiernan; en lo referente a su *efectividad* y *capacidad de movilización* y, en especial, en su preocupación por el *signo*, no era un elemento sin importancia frente a la medicina. Ésta, al igual que la retórica, como práctica y como discurso, también comparte una preocupación por ser efectiva, por mover al cambio y por alcanzar una completa comprensión del *signo* —pensemos, por ejemplo, en lo que es el método clínico—. Retórica y medicina se encuentran por cuanto, como sabemos hoy, hay un *continuum* entre mente y cuerpo. Para Petrarca lo que le concierne al *anima* le concernía también al cuerpo³.

Escribiendo su *Invective contra medicum*, Petrarca no sólo produjo una de las más exquisitas piezas literarias que se conozcan en contra de la estulticia, vanidad y torpeza de los médicos que se creen “educados” y merecedores de respeto sólo en virtud de la posesión del “título”, sino que señaló elementos filosóficos e históricamente importantes para la profesión médica incluso en nuestros días. El primero de ellos, quizás el más importante, es la fructífera relación e interdependencia que debe haber entre Humanidades y Medicina. Según el sentido que hemos recalcado de la palabra *humanismo*, hay una apuesta por la *búsqueda del conocimiento* y la *libertad* que se halla en el encuentro entre humanidades y medicina. Para Petrarca se trataba de encontrar lo que une la búsqueda de la verdad como objetivo y la posibilidad de darle a la práctica médica un verdadero talante de *liberadora*. Por eso invita a los médicos de su época a involucrarse más en la búsqueda de las causas de las cosas que en “dispensar remedios”⁴. En tanto esto no ocurra, Petrarca negará que un médico pueda legítimamente adjudicarse el nombre de *filósofo*, la palabra que por aquél entonces designaba al poseedor de conocimiento verdadero.

El otro elemento que recalca Petrarca es el poder creativo y liberador de la poesía —y del arte en general—, que tiene la capacidad de *balancear* la tremenda carga “material” propia de la práctica médica. Para Petrarca algunos médicos de su época terminaban ejerciendo un arte “mecánico” y por eso se refiere a “la sórdida práctica de los médicos”⁵, una especie de actividad “sin alma”. Una acusación que podríamos bien compartir hoy si notamos lo que es frecuentemente la práctica médica. Algunos, sin embargo, suelen elevar sus voces para que se introduzcan más “humanidades” en el currículo de educación médica. Se trata, supuestamente, de darle un “rostro más humano” a la medicina y cierta “inmunidad” frente al carácter “mecánico” que suele apoderarse de la cotidianidad del trabajo médico. Pero la sola presencia de cursos de música, literatura, arte o, incluso, bioética, no hacen *per se* a un currículo “más humano” o “humanista”. Para que esto ocurra en realidad, se requiere proveer espacios suficientes, contenidos adecuados y profesores que realmente ayuden al estudiante a combinar de manera adecuada humanidades y medicina. Se trataría de un encuentro fructífero, diferente a la banal acumulación de datos de cultura general, de conocimiento enciclopédico o del “consumo” de arte con el que algunos confunden la esencia del humanista. Hoy en día en algunos paí-

10

3 Struever, 1993, p. 664.

4 *Ibid.*, pp. 663-664.

5 Petrarca, *op. cit.*, p. ix.

ses, como el Reino Unido, se usa el concepto de *humanidades médicas* para referirse a un tipo de reflexión que nace del encuentro de la medicina clínica con las ciencias humanas y las artes⁶.

Pero, por desgracia, en nuestro medio la inclusión de un reglón llamado “humanidades” en el currículo suele reflejar con frecuencia, y paradójicamente, un sector *anti-humanista* de la carrera: proveyendo unas clases de “relleno”, muchas veces descontextualizadas, por ejemplo, de ética, bioética o antropología. Incluso algunos ponen en el mismo cesto de las humanidades materias tan diversas como administración o la muy solicitada clase de derecho médico, luego de la cual uno quedará asustado con todos los peligros legales que acechan al médico en un mercado laboral dominado por las grandes empresas de salud. De este modo, las humanidades terminan siendo el nombre genérico que designa en la carrera aquello que los estudiantes de medicina no consideran “medicina” y cuya función es más bien, en su sentir, restar horas de sueño o de estudio a las materias que ellos consideran “duras” o realmente importantes. Petrarca criticó en su tiempo a la pseudo-ciencia, nos toca a nosotros hoy criticar al pseudo-humanismo. Leyendo las *Invectivas* uno percibe que el papel de las humanidades en medicina no es el de ser la “doméstica”, la que debe lavar la ropa sucia del estamento médico y hacer que la medicina parezca más humana. La medicina debe ser en realidad una actividad humana. El papel de las humanidades hoy tal vez sea el de recordarle a los médicos que su profesión, su arte, su ciencia y su práctica deben tener como objetivo fundamental el conocimiento y la libertad. Que las formas, rituales, espacios y lenguaje del acto

médico implican no sólo una ética, sino una estética; que señalan no sólo una efectividad técnica, sino que son un reflejo de la sociedad en que vivimos. El encuentro entre humanidades y medicina puede ser una fuente importante de genuina reflexión sobre el *fenómeno de lo humano*. Puede tratarse de un encuentro muy productivo cuando se logra conjugar el poder revelador de la enfermedad —revelador de lo que somos—, el avance tecnocientífico —revelador de lo que somos capaces—, con el poder liberador —incluso *terapéutico*— de las humanidades.

No hay que olvidar, sin embargo, que Petrarca, como él mismo advierte en su *Invectiva*, no estaba atacando a la medicina ni a los médicos en general, sino a esa pervertida forma que tenían algunos engreídos charlatanes de su época de asumir la profesión médica, a los que él denominaba *arrogantes e ignorantes*⁷. Aunque después de 700 años tal vez sigamos necesitando más invectivas. Petrarca atacaba lo que llamaba “herbal y medicinal elocuencia”⁸. Algunos dirán que es obvio que en esa época existieran charlatanes y médicos que ofrecían más de lo que en realidad podían hacer. ¿Hoy no? Dirán que ahora tenemos ciencia y tecnología, medicina basada en la evidencia, pruebas genéticas, medicina molecular y, además, medicamentos y procedimientos seguros y efectivos. ¿Quién podría negar eso? La medicina contemporánea ha sido en ver-

6 Véase: *Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine*, Durham University. <http://www.dur.ac.uk/cahbm/medicalhumanities/>, consultado 20 de noviembre de 2008.

7 Petrarca, *op. cit.*, p. 21.

8 *Ibíd.*, p. 13.

dad exitosa y floreciente, y sus servicios a la humanidad no tienen comparación en todos los siglos anteriores. ¿Significa esto que la “herbal y medicinal elocuencia” ha desaparecido? Me temo, de nuevo, que no. La verbal y medicinal elocuencia tal vez se refiera hoy a otro tipo de distorsiones: la verticalidad y opresión típica de la educación médica que se reviste de “altos estándares”, de educación, servicio, efectividad, etc.; la medicalización de la vida y la sociedad, con lo cual el discurso médico facilita que “la gran industria de la salud” se mantenga bien aceiteada, pero que se reviste de “meta-análisis, estandarización y avance científico”. Y esta verbal y medicinal elocuencia no es sólo potestad de los médicos pues el discurso sobre la salud y la medicina es actualmente para muchos la base de su gran negocio.

Petrarca estaba seguro de que los buenos médicos sí existían⁹. Igual nosotros. Es una tarea difícil saber cuál es cual. Nadie tiene la última palabra al respecto. Pero lo que sí es cierto es que el debate sobre este punto se ha llevado a cabo sólo parcialmente en nuestro país, donde cuestiones fundamentales de la práctica médica siguen sin ser discutidas ni tocadas. La invitación que Petrarca le hiciera al molesto médico del papa del siglo XIV, usando una frase que Sócrates le dirigió a un apuesto joven que en medio de una discusión permanecía callado, sigue en pie para los médicos de nuestro país: ‘*Loquere*’, *inquit*, ‘*ut te videam*’: ¡Habla, de manera que así pueda verte!

Y si después de todo alguien sigue insinuando que las humanidades, las ciencias sociales, la filosofía o el arte son una perdedera de tiempo en la educa-

ción médica o no tienen ningún papel que cumplir en la tarea de transformar la práctica clínica en una actividad verdaderamente “humana”, que no sea “mecánica”, opresiva, miope ni explotadora; a esa persona me dirigiría con las mismas palabras que Petrarca utilizó para replicarle al molesto médico papal su insinuación, ofensiva, de que el papel de los poetas era mentir: “si tú dices que la función de los poetas es mentir, entonces tú eres el más grande de los poetas”¹⁰.

Bibliografía

- Cracolici, S. (2008). “Handsome Doctors and the Prestige of the Medical Profession in the Italian Renaissance”. Conference. Durham University, Queen’s Campus, Stockton-on-Tees, Wolfson Research Institute. (Noviembre 11). Resumen disponible en: <http://www.dur.ac.uk/chmd/news/prevents/?eventno=3989> (consultado 15 noviembre 2008).
- Norman, R. (2004). *On Humanism*. London: Routledge.
- Petrarca, F. (2003). *Invectives*. Traducción de David Marsh. Cambridge, Mass., London: Harvard University Press.
- Struever, N. (1993). “Petrarch’s invective contra medicum: an early confrontation of rhetoric and medicine”. En: *MLN*, vol. 108, No. 4, French Issue (Sep), 659-679.

9 *Ibíd.*, p. 59.

10 *Ibíd.*, p. 31.

Reflexión de un caso clínico de cáncer de seno

GUSTAVO A. CONTRERAS, MD*
PAULA MARGARITA HURTADO, MD*

Descripción del caso

Fecha de consulta:

16 de octubre de 2007.

Datos de identificación:

Sexo femenino.

Edad: 43 años.

Origen y procedencia: Bogotá.

Escolaridad: Bachiller completo.

Ocupación: Hogar.

Estado civil: Casada.

Motivo de consulta:

Remitida de ginecología para asesoría genética.

Enfermedad actual:

Cuadro clínico de 2 años de evolución consistente en masa no dolorosa en seno derecho, por lo cual consultó a ginecología. Se le tomó ecografía de seno, que fue reportada normal. Posteriormente se le realizó biopsia por bacaf que reportó cáncer de seno *in situ*. Fue llevada a cirugía (Cuadrantectomía y vaciamiento ganglionar). Después se realizaron 10 sesiones de radioterapia. Es remitida a la consulta de genética para asesoría.

Antecedentes personales:**Gineco-obstétricos:**

Menarquia: 13 años de edad, ciclos: 29/3-6 días. G₁P₁V₁. FUR: a los 41 años. FUC: enero de 2007 normal.

Otros antecedentes: negativo

Antecedentes familiares:

Hermana de 40 años de edad con cáncer de ovario diagnosticado hace 2 años. Niega otros antecedentes.

Evaluación por sistemas: cefalea ocasional.

Árbol genealógico.

Cáncer de ovario

Examen físico:

Peso: 58 kg. Talla: 160 cm. Fc: 84 x' Fr: 19 x' TA: 124/86 mmHg.

* Residentes III año Genética Médica. Bogotá, D.C., 31 de marzo de 2008.

Como datos positivos:

Se aprecia asimetría en glándulas mamarias, con cicatriz en cuadrante superior derecho.

IDx: ¿Cáncer de seno de origen genético?

Análisis y plan:

Teniendo en cuenta los antecedentes personales y familiares de la paciente se decide, para hacer una mejor asesoría, solicitar la prueba molecular para las mutaciones de *BRCA1* y *BRCA2*.

Fecha de segunda consulta: 27 de noviembre de 2007.

La paciente trae reporte de prueba molecular positiva para una mutación en *BRCA1*, común a la población colombiana.

Con este resultado se realiza la siguiente asesoría: se le explica a la paciente que con un reporte positivo para mutación en *BRCA1*, tiene un 70% de probabilidad de desarrollar otro cáncer de seno o de ovario. Se le indica que sus otras dos hermanas sanas se pueden realizar la prueba molecular si lo desean (Individuos II:3 y II:8), al igual que su hijo (el cual ya es mayor de edad, individuo III:2).

En ese momento la paciente comenta que el cirujano le ha planteado la posibilidad de mastectomía bilateral total profiláctica. Ella se observa confundida y refiere: “mi cirujano me dice que me debo operar los senos y ahora ustedes me dicen que tengo un riesgo del 70% de que me repita. Díganme qué debo hacer, yo hago lo que ustedes me digan”.

IDx: Cáncer de seno de origen genético con presencia de mutación en el gen *BRCA1*.

Análisis del caso

Fundamentación científica

Estamos ante un caso cada vez más frecuente en la consulta de Genética. Dados los avances tecnológicos y de biología molecular en la medicina, se ha logrado encontrar para algunos casos las bases moleculares para patologías tan frecuentes como el cáncer de seno.

Los genes *BRCA1* y *BRCA2* están localizados en el cromosoma 17 y en el cromosoma 13 respectivamente; son genes supresores de tumor que se encuentran involucrados en regular el crecimiento celular (inhibición de la proliferación celular), lo cual es crucial para el desarrollo y diferenciación normal de la célula (1).

Las mutaciones en los genes *BRCA1* y *BRCA2* incrementan de manera importante el riesgo de cáncer de seno. Se ha estimado que mujeres con mutaciones deletéreas en cualquiera de estos dos genes tienen un riesgo acumulativo de hasta 87% de desarrollar cáncer de seno durante la vida y hasta del 68% de cáncer de ovario (2). Otros estudios han determinado que el riesgo de cáncer de seno a los 80 años de edad es de 90% para portadores de mutaciones *BRCA1* y 40% para portadores de mutaciones en *BRCA2*, con un correspondiente riesgo de cáncer de ovario de 24 y 8% respectivamente. Las tasas de supervivencia para mujeres con cáncer de seno asociadas con mutación de *BRCA1* o *BRCA2* son similares a aquellas en mujeres sin estas mutaciones (3). Numerosas mutaciones en cada uno de estos genes han sido encontradas en la mayoría de las poblaciones estudiadas. Aproximadamente el 5% de cáncer de seno y 10% de cáncer

de ovario son debidos a mutaciones en células germinales para estos dos genes; sin embargo, la mayoría de los diferentes tipos de cáncer de seno no son de origen genético, sino que son considerados de origen multifactorial (4). La frecuencia y espectro de mutaciones dentro de estos genes muestran una variación considerable por grupos étnicos y regiones geográficas (1, 2).

En Colombia el cáncer de seno es la segunda causa más común de cáncer en mujeres y es la tercera causa más común de muerte debida a esta patología con tasas anuales de incidencia de 30,5 y mortalidad 12,5 (2).

En un estudio realizado en familias hispánicas de Colombia se encontraron 13 mutaciones deletéreas de *BRCA1* y *BRCA2*. Gracias a este estudio se realiza en Colombia la prueba molecular que busca las mutaciones más frecuentes en la población colombiana de estos dos genes.

Consideraciones bioéticas

Cuando nos enfrentamos a casos como éste, es inevitable preguntarse por el papel del médico. Por un lado está el enfoque paternalista de la medicina, que consiste en esa actitud y en esa práctica que pretende el beneficio del paciente, o su protección, sin que el propio paciente lo sepa o en contra de sus propias preferencias: "El doctor sabe mejor" (5). En otras palabras, el médico es el que toma las decisiones por el paciente basándose en que es el dueño del conocimiento y el paciente deposita su confianza en el acto médico.

De manera opuesta, basándose en la autonomía del paciente, es éste quien deci-

de y exige al médico que se cumpla su deseo. Ambas posiciones tienen como finalidad ofrecer al paciente la que se piensa es la mejor opción de calidad de vida.

Asumir una concepción de calidad de vida, cualquiera que sea, es asumir una concepción de sociedad y de sujeto. El concepto de calidad de vida, como el de salud, connota planos axiológicos y políticos; ambos implican un sentido ético y, al mismo tiempo, una praxis y una lexis (práctica y discurso) que describen lo que las sociedades han definido como "buena vida" o "buen vivir" (6).

Para Amartya Sen comprender el problema de la calidad de vida no es medir el ingreso de una persona o la tenencia de bienes y servicios, aunque eso es importante, sino identificar las capacidades básicas para la realización de los objetivos definidos en los planes de vida. Sen adopta un criterio objetivo que tiene en cuenta la información sobre las capacidades y la libertad de las personas para vivir diferentes estilos de vida. Los aspectos de la salud relacionados con la calidad de vida adquieren un carácter funcional y formal que, bajo una orientación clínica, da cuenta básicamente de los comportamientos y las funciones de los individuos afectados por la enfermedad. Esta es la lógica con la que se diseñan modelos de evaluación como el perfil del efecto de la enfermedad (PEE) que mide aspectos como sueño, comer, trabajo, recreación, paseos, movilidad, interacción social, conducta alerta y emocional y comunicación, entre otros. El índice de calidad de vida que mide la calidad de vida de los pacientes con cáncer o el índice de condición de la salud que aborda tres categorías de funciones: movilidad, actividad física y actividad social (6).

En los últimos 30 años hemos visto un creciente rechazo al paternalismo en la práctica médica. Según Richard McCormick nuestra reacción contra el paternalismo podría ser exagerada y si continúa así tendríamos como resultado “el vacío moral”, porque si el énfasis se hace predominante y exclusivamente en la autonomía, estaremos desconociendo aquellos bienes y valores que hacen que las decisiones sean correctas o incorrectas (5). En la medida en que la absolutización de la autonomía prescinde de los bienes y valores que definen el bienestar humano, reduciéndolos sólo a uno (esto es, a la elección) no sorprende que se produzca una imagen irreal y tergiversada de la persona humana (5).

En este sentido pensamos que las dos posiciones son extremas y las consecuencias producto de ambas pueden no ser las más adecuadas. Es necesario encontrar un punto de equilibrio en donde el médico aporte sus conocimientos y el paciente tenga la oportunidad de hacer preguntas que aclaren dudas y temores sobre su patología y sea él, quien finalmente tome una decisión con más herramientas.

Existen diferentes teorías para la toma de decisiones; sin embargo, podemos decir que un buen método se instala en un presente, con raíces en el pasado, pero articulado a un futuro posible. Todo enmarcado en las matrices culturales de cada uno. Este es un proceso complejo que puede ser visto desde diferentes perspectivas.

Una de estas teorías es la Teoría de la Acción Racional, cuyo punto de partida es individual en cuanto a fines, y el método que utiliza es el del dinamismo cognoscitivo. Esta teoría parte de situa-

ciones concretas que sentimos, vemos, soñamos y que son resultado de nuestras decisiones y de las decisiones de otros. Sin embargo, no es sólo la vivencia de la situación sino que uno debe preguntarse ¿por qué es así? Al hacer esta reflexión se obtiene una respuesta, se comprende o entiende la situación que se está analizando y una vez se entiende esto, nos planteamos críticamente si es algo que vale la pena, ¿es verdad?, si lo que hemos entendido es correcto o no, es decir, nos planteamos unas preguntas críticas. Estos son eventos unidos que no necesariamente se dan en un orden cronológico, sino que están interconectados unos con otros. Otro paso importante dentro de este esquema de toma de decisiones es el de juzgar, o sopesar, o hacer un balance, para luego hacerse preguntas prácticas, hacer el juicio de valor, ¿qué es preferible? y finalmente después de esta “práctica reflexiva” decidimos y actuamos.

La norma ética general para la aplicación o no de un tratamiento establece que éste debe brindarse a todo aquél que lo necesite, en la medida de lo posible, intentando maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. Por el principio de la autonomía el paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento, pero por el de la no-maleficencia, el profesional podría estar obligado a hacérselo. En esta confrontación de valores a menudo actúan terceros (familiar responsable por ejemplo) ayudando a resolver el conflicto (7).

Se debe tener en cuenta que en el proceso de toma de decisiones, como es el caso o dilema práctico presentado, intervienen los sentimientos (producto de prejuicios, egoísmos o condicionantes culturales) de ambas partes. Sin embargo, la aplica-

ción de principios éticos a estos dilemas prácticos, no solamente permite el mejor entendimiento de la naturaleza de los problemas morales, sino que también permite o intenta su solución. En lugar de basar nuestras decisiones basados solamente en sentimientos, como se describió anteriormente, la clarificación e investigación de los conceptos y creencias permite que todos los argumentos sean evaluados con el objetivo de llegar a la mejor solución para el problema. Así la respuesta se basa en razones más que en sentimientos (8).

En el caso presentado, la paciente desea que sea el genetista quien tome la decisión. Sin embargo, la función del profesional es la de informar los riesgos a la paciente, de forma tal que sea ella quien, con base en la información suministrada por todo el equipo multidisciplinario que la atiende, realice un ejercicio consciente de toma de decisiones, eligiendo la mejor opción. Aunque sabemos que es difícil, sólo ella puede decidir sobre su cuerpo según sus propios valores y concepto de calidad de vida.

Bibliografía

1. Viviana, R.-V. Breast cancer genes and inheritance. [html] 1998 [cited 2007 19 de noviembre]; Available from: <http://www.ndsu.edu/instruct/mcclean/plsc431/students98/rivera.htm>.
2. Torres, D., et al. (2007). High proportion of BRCA1/2 founder mutations in Hispanic breast/ovarian cancer families from Colombia Breast. *Cancer Res Treat*, Jun. 103 (2): 225-232.
3. Robson, M. & Offit K. (2007). Management of an inherited predisposition to breast cancer. *N Engl J Med* 357 (2): 154-162.
4. Tryggvadottir, L., et al. (2003). BRCA2 mutation carriers, reproductive factors and breast cancer risk. *Breast Cancer Res* 5 (5): R121-R128.
5. McCormick, R. *Bioética, ¿un vacío moral?* Selecciones de Bioética, abril de 2003.
6. Malagón, R. (2003). Repensar las relaciones entre calidad de vida y salud. Primera ed. División de Divulgación Académica y Cultural - Sección de Publicaciones, ed. L.s.p.h.E.y.d.c.e.S. Pública. Bogotá.
7. Castro, L.R. & Zúñiga, O.M. (2002). "Principales dilemas bioéticos en las personas con discapacidad prolongada". *Acta Bioética* 1: 127-135.
8. Manchester, U. (2007). Moral Philosophy I: Section I. What is the relevance of Moral Philosophy in the context of Health Care? [cited 2008 marzo 19]; Available from: <http://www.law.manchester.ac.uk/postgraduate/dl/documents/Section 1MP12007.pdf>.

Limitación del esfuerzo terapéutico en UCI neonatal

NELCI ASTRID BECERRA MARTÍNEZ, MD*
NELSON CASTAÑEDA ALARCÓN, MD**

Buscar y encontrar propuestas y criterios de actuación para tomar decisiones de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en UCI neonatal es un asunto que requiere algo más que preparación técnica. Además de ajustarnos al conocimiento actual de la medicina, debemos realizar correctamente aquello que la sociedad valora como correcto y defiende como tal. En este escrito, a partir de un caso real, realizamos un repaso de los conceptos teóricos relacionados con LET y señalamos la importancia de la bioética clínica en el análisis de casos para proponer pautas de actuación para la toma de decisiones en el ejercicio diario.

Palabras clave: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica, tratamiento fútil, bioética clínica.

Caso clínico

Primigestante de 37 años, con embarazo gemelar de 33.5 semanas y cuadro clínico de pre-eclampsia grave. Es llevada a cesárea y se obtiene dos recién nacidos vivos, con adecuada adaptación neonatal, y son trasladados a la UCI neonatal para valoración de riesgos y manejo de la prematuridad. El primer gemelo es dado de alta hospitalaria, pero el segundo, de sexo femenino, permaneció hospitalizado en la unidad neonatal por *taquipnea transitoria*

del recién nacido e incompatibilidad de grupo. Al comienzo evolucionó satisfactoriamente, pero en el día sexto presentó un cuadro clínico de *enterocolitis necrotizante* y *sépsis neonatal tardía*. Se le inició manejo médico sin adecuada respuesta, por lo que se llevó a cirugía, en la cual se encontró una *isquemia mesentérica generalizada*, signos de *gangrena* y de *perforación intestinal*, que requirió *lavado peritoneal* e *ileostomía*. La evolución es tórpida, persistiendo séptico y con evidencia de *ileostomía no funcionando*, con presencia de *circulación colateral* y *abdomen a tensión*. Se le realizó una nueva intervención quirúrgica que mostró signos de *peritonitis generalizada*. La evolución posterior a esta segunda intervención fue mala. Cursó con un deterioro del estado general, compromiso multisistémico, y se realizaron tres nuevas intervenciones quirúrgicas que ocasionaron un *intestino corto inviable*, con un pronóstico reservado.

El caso se analizó en Junta Médica con la asistencia de los médicos tratantes y un representante del comité de Bioética de la

* Médica familiar. Pontificia Universidad Javeriana.

** Profesor Instituto de Bioética, especialista en responsabilidad y daño resarcible. Pontificia Universidad Javeriana.

institución, quienes teniendo en cuenta la presencia de *daño de órgano vital* (intestino delgado y grueso), y en virtud del *balance riesgo/beneficio negativo* y la *No maleficencia*, determinaron lo siguiente:

1. *Limitar el esfuerzo terapéutico*, suprimiendo la administración de antibióticos, de nutrición parenteral y de diuréticos.
2. No realizar reanimación cerebro-cardio-pulmonar, ya que si la paciente sobreviviera a la misma no tiene pronóstico de vida.
3. Dar bienestar a la paciente con cuidados paliativos: morfina para manejo del dolor, oxígeno, líquidos dextrosados basales.
4. Informar nuevamente a la familia las condiciones de la paciente y su pronóstico de vida, quienes refieren haber entendido todas las implicaciones derivadas y aceptan las decisiones tomadas por la Junta Médica. Asimismo se resuelven todas las dudas derivadas de estas decisiones.

Análisis del caso

En las últimas décadas, como consecuencia de los grandes avances técnico-científicos, se ha generado un cambio de paradigma, en el cual la muerte es una circunstancia prevenible, evitable o aún reversible. Desde esta nueva perspectiva cultural y social frente a la cual los profesionales del equipo de salud no permanecemos ajenos, existe una toma de conciencia que es el resultado de una mirada crítica sobre algunos valores que la sociedad actual parece haber adoptado; entre ellos, el sentido de la vida y de la muerte. En este contexto, la muerte de un recién nacido resulta aún más difícil de aceptar socialmente. La pérdida

de un hijo es, sin lugar a dudas, una de las situaciones más impactantes en la vida de un individuo, llegando a producir una verdadera crisis de sentido para los padres y toda la familia.

Sabemos que el fallecimiento de los pacientes ingresados en las unidades de cuidado intensivo neonatal con frecuencia se relaciona con una decisión de *LET*. Los datos disponibles al respecto, indican que la frecuencia de *LET* es muy variable y los diferentes estudios consultados reportan una prevalencia que oscila en un rango muy amplio entre el 14 y 86% (16). Respecto de los diferentes modos de *LET*, en la bibliografía médica revisada se encuentra, en general, que las decisiones de no iniciar un tratamiento son menos frecuentes que las decisiones de retirar un tratamiento ya instaurado: entre un 8-17% frente a un 65-72% respectivamente. (1).

El dilema bioético al que se enfrenta el equipo de salud en una UCI neonatal es muy complejo, debe ser analizado de forma sistémica y desde una perspectiva interdisciplinaria. El problema ético-clínico que plantea este caso se refiere a la toma de decisión sobre lo apropiado de iniciar, continuar o suspender tratamientos de soporte vital en un paciente en estado crítico —como éste— con gran inestabilidad y deterioro franco, en quien los tratamientos no están siendo efectivos, y la sobrevida a largo plazo no parece posible.

Conceptos teóricos

La *LET* puede entenderse como toda actuación o decisión del médico o equipo terapéutico de limitar, retirar o no iniciar una determinada medida de apoyo vital en un paciente considerado de «mal pro-

nóstico», entendiendo por medidas de apoyo vital aquellas que pretenden atrasar el momento de la muerte (reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, técnicas de circulación asistida, diálisis, marcapasos, oxigenación extracorpórea, tratamiento farmacológico con drogas vasoactivas, antibióticos, diuréticos, cistostáticos, derivados sanguíneos, nutrición enteral y parenteral e hidratación) (2). En estos casos, la aplicación de tales maniobras resulta desproporcionada e inútil, toda vez que se trata de reconocer efectivamente las limitaciones de la naturaleza humana y la llegada inevitable de la muerte. No se trata en esta situación de abandonar al paciente a su suerte, sino de permitir una muerte humana y digna sin caer en la obstinación o encarnizamiento terapéutico.

Es importante, antes de seguir avanzando en el análisis del caso, aclarar que la concepción de la LET, queda al margen del concepto de *Eutanasia* propuesto por la mayoría de sociedades académicas de Bioética. Al respecto el Instituto Borja declara:

Eutanasia es toda conducta de un médico u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad... Se excluirían también del concepto de eutanasia aquellas conductas que pretenden evitar el encarnizamiento terapéutico y que implican no iniciar o retirar al paciente

un tratamiento que es desproporcionado y/o fútil. Estas actuaciones deben ser consideradas como una correcta práctica médica cuando hay un diagnóstico bien hecho y un adecuado proceso de información y decisión con el enfermo y la familia, y en ningún caso las calificaremos de eutanasia (2).

De otra parte, el utilizar medios inútiles para conservar la vida del paciente, que constituyen una carga demasiado fuerte en términos de dolor y sufrimiento para el enfermo y su familia y cuyos daños son mayores que los beneficios sería caer en *distanasia* o *encarnizamiento terapéutico*. Según el grupo de trabajo de Bioética del Instituto Borja, el “encarnizamiento terapéutico” es una expresión coloquial —popularizada por los medios de comunicación social, en las lenguas románicas— que traduce de manera parcial, aunque expresiva, el término más académico de “distanasia”, palabra de origen griego que significa “muerte difícil o angustiada”. En el vocabulario ético se utiliza la palabra *distanasia* para indicar la utilización de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente. La palabra “encarnizamiento” no corresponde a la realidad, ni hace justicia a los médicos, ni tampoco se adapta a todos los casos de prolongación del proceso de morir, en los que el médico está implicado. Por todo esto, la expresión más adecuada es la de “obstinación terapéutica” (4, 5).

Se considera que un tratamiento en neonatología puede ser cuestionable cuando no existen posibilidades de supervivencia y el tratamiento sólo prolongaría la agonía (el caso de un anencéfalo, por ejemplo), cuando existe una enfermedad incurable de base y el tratamiento puede

alargar la vida pero acompañada de un sufrimiento intolerable, o cuando el pronóstico razonablemente esperado de calidad de vida futura es muy deficiente (caso de la prematuridad extrema, de una asfixia neonatal grave o de malformaciones congénitas extensas). En nuestro caso, las posibilidades de supervivencia son muy bajas, ya que hay evidencia de daño irreversible de órgano vital (intestino grueso y delgado) como consecuencia de la enfermedad de base o (enterocolitis necrotizante), asociado a su estado de prematuridad y demás complicaciones sobreagregadas. Adicionalmente, el pronóstico esperado de calidad de vida futura es muy pobre.

Sin duda el caso que se nos presenta es extremadamente complejo y suscita una serie de reflexiones: ¿hasta cuándo se le debe mantener viva?, ¿hay que considerar su calidad de vida futura para tomar decisiones?, ¿se deben gastar enormes recursos en una pequeña paciente con un pronóstico incierto sin poder ofrecerle un beneficio real?, ¿quién debe decidir acerca de su futuro?, ¿qué criterios se deben usar para tomar esta y otras decisiones?, ¿todo lo técnicamente posible es éticamente correcto? Si antes los prematuros extremos se morían al nacer, hoy hay muchas alternativas que llevan a preguntarnos sobre la vida, la muerte, la calidad de vida, la utilización de los recursos siempre escasos, los deseos de los padres, las expectativas de las técnicas empleadas, etc. Entonces, ¿se debe hacer y aceptar todo?

Sin duda la introducción de tecnología cada vez más compleja ha abierto enormes y muy beneficiosos caminos de curación. Sin embargo, estos caminos a veces no han ido de la mano de la dignidad

de las personas o no siempre han sabido articularse con cada persona en particular, con su realidad, con sus expectativas, con sus necesidades.

Los conflictos que enfrenta el equipo médico tratante, cuando se plantea la LET son de gran complejidad, y tienen relación con las obligaciones de no maleficencia por el manejo que hace de la incertidumbre pronóstica; con las obligaciones de beneficencia por los criterios de juicio de calidad de vida que aplica en la toma de decisión clínica —en este caso del mejor interés—; con el respeto a la autonomía por el tipo de relación clínica que establece con los padres del neonato, y por último con las obligaciones de justicia por el uso eficiente de recursos disponibles.

Uno de los grandes problemas de la neonatología es la extrema dificultad para establecer un pronóstico exacto, sobre todo en los primeros días de vida, que es cuando se plantea la conveniencia o no de instaurar o proseguir un tratamiento. Por esto, es necesario un diagnóstico lo más preciso posible teniendo en cuenta la experiencia del equipo tratante y la literatura médica disponible. En general se acepta que un pronóstico es razonablemente cierto si alberga por lo menos el 80% de posibilidades. Esto es a lo que se refieren algunos autores como la *incertidumbre pronóstica*, en la cual confluyen múltiples factores desde el punto de vista biológico, físico, psicológico, familiar, ambiental y social. Frente a la incertidumbre del pronóstico pueden adoptarse tres estrategias. Primero esperar hasta casi tener la certeza del pronóstico, lo cual reduce el riesgo de error pero a costa de “tratar excesivamente”, con un número mayor de supervivientes con secuelas. Se-

gundo, utilizar un criterio estadístico, es decir, no iniciar tratamiento en aquellos recién nacidos cuyo pronóstico es estadísticamente muy malo, lo cual tiene la ventaja de ahorrar sufrimientos a recién nacidos destinados finalmente a morir o a tener secuelas graves, pero con el inconveniente de dejar de tratar a un pequeño número de niños que se hubieran salvado. Y tercero un criterio individualizado, que consiste en iniciar el tratamiento y plantear a los padres su interrupción en el momento en que exista la sospecha de muy mal pronóstico futuro. El criterio individualizado parece la estrategia más aconsejable y supone una actitud de los neonatólogos más crítica y responsable con su propia actuación, huyendo de un vitalismo simplista o de una medicina defensiva. Para disminuir el riesgo de errores, se recomienda que en la elaboración del pronóstico intervengan los neonatólogos y demás miembros del equipo terapéutico con mayor experiencia en la unidad. (7-9).

El otro punto a tener en cuenta además de la incertidumbre del pronóstico, es el del *criterio del mejor interés*: cuando ya no es posible salvar la vida, surge el criterio de calidad de vida que sabemos no es absoluto, sino que depende de las opciones de valor de cada individuo. Para el caso de los recién nacidos que no han tenido una opción de valor, se aplica la calidad objetiva e intersubjetiva de vida, que hace referencia al "mejor interés". Este criterio obliga en el niño a tratar siempre, persiguiendo objetivos realistas de cuidado, curación, restauración, mantenimiento del estado actual y minimización del dolor y sufrimiento, y evitando la imposición de riesgos desproporcionados. Impone el valor del respeto a la dignidad de la persona y no sólo a la ausencia de

dolor. A diferencia del concepto de calidad de vida, en el que se compara la futura vida del recién nacido con lo que sería una vida normal, el concepto de mejor interés consiste en establecer si, para un recién nacido concreto, la muerte es mejor opción que la vida que le podemos ofrecer. Para algunos autores sería la única justificación ética y legal para renunciar, en un caso concreto, a la obligación general de los médicos de actuar para salvar la vida. Esto significa una decisión centrada específicamente en los intereses del niño y no en los de otras personas (padres, equipo médico) o en los de la sociedad. Este criterio exige en cada caso un análisis de riesgo-beneficio de las posibles opciones en relación al pronóstico del paciente. Además, establece que es éticamente obligatorio todo tratamiento que desde un punto de vista razonable es probable que proporcione mayor beneficio que perjuicio (beneficio neto). Mantener o iniciar un tratamiento, cuando es inútil o desproporcionado, no es actuar de acuerdo con el mejor interés del niño, y supone violar los imperativos éticos de no-maleficencia y beneficencia.

Es evidente que en estas decisiones deben intervenir los padres y el equipo asistencial; dado que se trata de tomar una decisión en nombre del recién nacido (que no puede tomarla por sí mismo) y en función de sus mejores intereses, los padres, convenientemente informados, parecen los más idóneos para hacerlo; son, además, sus representantes legales y, por tanto, los que deben autorizar las decisiones de interrupción de tratamiento. Asimismo, es importante que la decisión sea discutida a nivel de todo el equipo terapéutico y que se haga constar en la historia el razonamiento clínico, la opinión de los padres y la decisión final.

Otro aspecto importante a considerar es el de *inutilidad del tratamiento*: desde el punto de vista del médico es el principio más importante, ya que un tratamiento inútil no tiene o pierde la propiedad que justifica su administración. En este sentido, resulta práctica la categorización de tratamientos inútiles sugeridas por Bernard Lo: intervención sin racionalidad fisiopatológica, intervención que no produce efecto “fisiológico”, intervención que ya ha fallado en un paciente, tratamiento “máximo” que está fallando, intervención que no alcanza beneficios esperados (3,14).

La normativa legal relacionada con la LET, existente en Estados Unidos desde 1985, conocida como “directrices Baby Doe” (11), no contempla la utilización del criterio de la calidad de vida en las decisiones sobre recién nacidos. Dichas normas rechazaron de modo explícito las consideraciones de la calidad de vida en las decisiones de no tratamiento, permitiendo únicamente la limitación de tratamiento bajo las tres siguientes circunstancias: primera, si el neonato es crónica e irreversiblemente comatoso; segunda, si la provisión de tratamiento sólo prolongará el sufrimiento, no será efectivo en aminorar o corregir la condición del neonato, o será fútil en términos de la sobrevivencia del neonato; y tercera cuando el tratamiento es inútil en términos de supervivencia e inhumano.

Conclusiones

Entre los avances más significativos que ha experimentado la medicina neonatal en las últimas décadas está sin duda el mayor conocimiento de la fisiología y patología del recién nacido, particularmente del prematuro y el formidable desarrollo de la biotecnología aplicada en

este grupo de edad, lo que ha determinado un aumento importante en la supervivencia de niños que hasta hace poco tiempo morían de forma irremediable. De forma paralela se ha ido generando un debate creciente sobre el uso apropiado de la alta tecnología en la asistencia de los recién nacidos críticos, pues en muchos casos, no todo lo que es posible desde el punto de vista técnico, es adecuado a los intereses del paciente.

Con frecuencia se plantean, en determinadas situaciones, serias dudas sobre el posible beneficio de iniciar o continuar un tratamiento intensivo o medidas de soporte vital. El empleo de la tecnología permite, a veces, prolongar la vida del paciente durante un periodo de tiempo variable. En ocasiones, lo que realmente se prolonga es el proceso de morir o se consigue que el paciente sobreviva con una grave afectación neurológica u otro tipo de secuelas que comprometen seriamente su calidad de vida, con un coste muy elevado en términos de sufrimiento para el paciente, para su familia y para el personal que le atiende, y de recursos para la sociedad. Por supuesto, la decisión de omitir un tratamiento concreto debe basarse en criterios razonables y razonados de carácter médico y debe contarse con el consentimiento de los padres del recién nacido, que son los que deben valorar si la situación de discapacidad planteada por el equipo médico (de carácter objetivo) entra en sus parámetros de ausencia de calidad de vida.

Evidentemente, el principal problema es determinar el grado de discapacidad previsto para poder justificar el no iniciar un tratamiento. Algún autor ha puesto el acento en la capacidad relacional futura del niño. De esta forma, no habrá que actuar

para mantener con vida a un recién nacido cuando existe un daño probadamente irreversible de tal magnitud que no exista perspectiva alguna de que el niño llegue a alcanzar la capacidad de la percepción y la comunicación. Otros se fijan exclusivamente en las perspectivas de mejora, atendiendo al mismo tiempo a lo desproporcionado del esfuerzo en razón del sufrimiento acompañante (17). En todo caso, siempre es necesario un alto en el proceso, una invitación a la reflexión ética no sólo desde nuestro quehacer como médicos, sino también desde nuestro actuar como personas.

Bibliografía

1. Anguita, V.; Bernier, L.; Borquez, J. (2004). El prematuro en cuidado intensivo neonatal ¿Cuándo es el momento de decir no más? Reflexión bioética en torno a la limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Chil Pediatr*; 75 (2); 181-187.
2. Grupo de trabajo sobre la eutanasia, Instituto Borja de Bioética de la Universitat Ramon Llull. Enero 2005.
3. Bernard, Lo. (1981). *Ethical Issues in Research Involving Human Participants*; *Arch Intern Med* 141: 1063-1064.
4. Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). *Principles of biomedical ethics* (fourth edition). Oxford University Press. New York.
5. Lavados, M. & Serani, A. (1993). *Ética clínica. Fundamentos y aplicaciones*. Ediciones Universidad Católica. Santiago.
6. Lo, B. & Scroeder, S. (1981). *Frequency of Ethical Dilemmas in a Medical Inpatient Service*. *Arch Intern Med* 141: 1063-1064.
7. AAP. (1996). Committee on Bioethics. Ethics and the care of critically ill infants and children. *Pediatrics* 98: 149-152.
8. Curlin F.A. (2005). "Euthanasia in severely ill newborns". *New England Journal of Medicine* 352, 235.
9. Gómez Pellico M. (2002). Decisiones difíciles en neonatología. Una aproximación ética. En AAVV. *Bioética, un diálogo plural*, homenaje a Javier Gafo Fernández, S.J., Madrid: Universidad de Comillas Eds.
10. Bórquez G. (2001). *Limitación del esfuerzo terapéutico*. Situación en Chile. Tesis grado Magíster, Santiago de Chile: Fac Med Univ de Chile.
11. Rhoden N. *Treating Baby Doe: the ethics of uncertainty*. *Hastings Center Report* 1986; 16: 34-42. [Medline]
12. Couceiro A. (1998). Consideraciones éticas en neonatología. En: *Deficiencia mental y comienzo de la vida humana*. Javier Gafo-José Ramón Amor eds., Madrid: Universidad Pontificia Comillas 169-186.
13. Buchanan A, Brock D. (1990). *Newborn In: Deciding for others*. The Ethics of Subrogate Decision Making. Buchanan A, Brock D., Cambridge: University Press 246-266.
14. Gracia D. (1998). Los cuidados Intensivos en la era de la bioética. En: *Ética de los confines de la vida*. Bogotá: Ed. El Búho 249-255.
15. Althabe, M. Ledesma, F. Cernadas, C. Flores, C. (2003). "Actitudes de los profesionales de salud frente a las decisiones de limitación o retiro de tratamiento en pediatría". *Archivos Argentinos Pediátricos* 101 (2): 85-92.
16. Rodríguez Núñez, A. López-Herce J. (2007). *Cidb, Ética y reanimación cardiopulmonar pediátrica*. *An Pediatr (Barc)* 66 (1): 45-50.
17. Moreno, José Manuel. *La eutanasia en niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado?* *Cuad. Bioét.* XVI, 2005/3.

Reflexión en torno a la bioética clínica animal y algunos de sus teóricos

RICARDO ANDRÉS ROA-CASTELLANOS, DMV*

Introducción

“La Medicina cura al hombre, la Medicina Veterinaria cura a la Humanidad”.

Louis Pasteur

Al notar que la medicina de animales progresa en lo técnico-científico, asalta la duda de si en todo caso será para su bien. En complemento, su existencia y su bienestar inciden directamente en la salud física, emocional y espiritual del ser humano. Por esto es necesario reflexionar sobre el desarrollo de una bioética clínica para el ejercicio terapéutico sobre animales, una *bioética clínica animal*. Es necesario saber que clínica, para la etimología, habla de lo referente a los enfermos, en este caso animales enfermos, a quienes debe ser adjudicada una cama (*klinikós*) para su observación, cuidado y tratamiento por parte del médico (Gómez de Silva, 2005: 169). Las clínicas veterinarias se caracterizan por tener esta infraestructura de alojamiento terapéutico, pero también por atender pacientes ambulatorios, que son hospitalizados a discreción del médico veterinario según la gravedad de la condición que aflige al paciente.

Teóricos y teorismos

“¿Quién puso sabiduría en el ibis y dio inteligencia al gallo?”.

Libro de Job 38, 36

Peter Singer, ícono de la bioética de los derechos en los animales, con detalle ha abordado la relación de la especie humana con otras especies animales. En su primer libro sobre este asunto el filósofo, pese a que el título de su libro lleva explícita la palabra *tratamiento*¹, utiliza la acepción lingüística de “relación con” conferida a un ente (trato), y no el entendimiento del *tratamiento* como una labor clínica orientada a la recuperación, reparación y rehabilitación de un ser, que restablezca el estado de salud y bienestar en ese paciente animal (cuya praxis incluye la noción anglosajona del *Animal Welfare*).

Singer se erige como un paradójico inquisidor antirreligioso contra su propia especie. Para él es condenable el uso de

* Investigador, Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana.

1 Singer, P. *Animal liberation: a new ethics for our treatment of animals*, New York Review/Random House, New York, 1975.

los animales por parte de los humanos. Ignora sesgadamente, sólo para bien de sus planteamientos y argumentación, que toda una rama profesional, la veterinaria, ha centrado su *deontología* laboral (tratados sobre el *deber ser* y *hacer* de las profesiones) en la salud y cuidado de los animales. No hay diferenciación o análisis comparativo de relación entre la relación *humanos-animales domésticos* y *humanos-animales silvestres*. Cada relación ética para el humano es diferente con cada especie sea dócil o salvaje. Siendo Singer filósofo utilitarista, él —sin embargo— promueve la necesaria *conciencia considerada* sobre el trato hacia los animales explotados por móviles económicos, recreativos o científicos.

¿Y cuando el animal de compañía se vuelve *medio* para una utilitarista *felicidad humana* (única cosa entendida como deseable por J.S. Mill²), en qué queda el utilitarismo de Singer, si la óptica de su planteamiento es la reivindicación de los derechos del animal como *fin per se*?

¿Y si el animal enferma? ¿Y si es fuente de preocupación e incomodidad para el dueño y deja de ser fuente de mero gozo? ¿Y si surge el dilema de la *eutanasia*, debe ser el animal prescindido porque es una “cosa” que deja de cumplir con el fin de dar felicidad o satisfacción a las necesidades del hombre³? ¿Dónde quedan los derechos universales a la existencia y de respeto al animal? ¿Se enfrentan los mismos derechos del animal enfermo al utilitarismo proclamado en esa ética práctica?

De modo similar, Tom Regan aborda cuestionamientos que erige como *derechos* desde miramientos propositivos a favor del animal. En conjunto con Singer, expresa un punto de vista utilitarista basado en dos principios: Igualdad (en importancia

de deseos, necesidades, intereses, y esperanzas de humanos y animales) y Utilidad (alcanzando el máximo equilibrio de bien sobre mal)⁴. Dada la diferencia lingüística y de racionalidad, el humano, incluyendo este enfoque utilitarista, de entrada tiene suposiciones y tratará de manera inevitable al animal con aires de superioridad: “Yo sé lo que necesitas y lo que te está pasando”.

La veterinaria, que se diferencia de la zootecnia al querer el bienestar del animal más que su uso, puede contribuir al diálogo de saberes que construya una bioética animal no solo filosófica sino vivencial.

El utilitarismo de Singer analiza el trato a partir de consecuencias, no de sentimientos, motivos, intenciones o gustos. Valdría la pena reflexionar: ¿Son acaso las consecuencias estáticas? ¿Hasta dónde puede juzgar la conciencia que lo malo es definitivamente malo, y lo bueno carece de un posterior revés negativo?⁵. Difícil es establecerlo cuando casi nunca, sólo por medio de la historia⁶, se saben los transcurso, desarrollos, y “consecuencias” de los hechos completos. A la luz del devenir, por ejemplo, no hay hechos completos.

Aún de lo malo puede proceder lo bueno. Por ejemplo, de la enfermedad, la

2 Guisán, E. Utilitarismo. Alianza Editorial. Madrid. España. 1984, pp. 8-9.

3 Es decir convertirse en otro medio para satisfacción antropocéntrica.

4 Miller, H.B. & Williams W.H. *Ethics and animals*. Humana Press. New Jersey. Estados Unidos. 1983, pp. 29.

5 Por ejemplo, en el sexto mandamiento del pensamiento sistémico “Hay que dejarse injuriar para evolucionar”.

6 Incluyendo las historias clínicas de los individuos. Por ejemplo, una infección superada significa adquisición de inmunidad, mejora de la adaptación a un medio, evolución.

cura; del abuso, la legislación y la corrección. No habría Declaración Universal de los Derechos de los Animales de la ONU de no haberse observado las indeseables violaciones sobre el ser animal que concretaron sus 14 artículos.

El intento utilitarista que, en realidad, está centrado más en una intención *Biojurídica*, que en una *Bioética Clínica*, queda expreso en la obra "Animal Rights"⁷. Consecuentemente, Regan se basa en J. Rawls y su contractualismo nihilista/utópico (Teoría de la Justicia. 1971), para argumentar en contra de las posiciones morales o religiosas, como la cristiana, en favor de los animales. Conductas que son juzgadas, también, como incorrectas y reprochables (por paternales, impositivas, o compasivas), en lo que se antoja como la expresión teórica de una *neurosis secularizante*, en vista de un sistemático ataque contra la religión que es, en la actualidad, descartada como saber participante, pese al mandatorio *diálogo de saberes* que exige la bioética.

Regan comportándose como otro gran desconocedor de la biología profunda, y de la historia clínico-veterinaria, exige el abandono total del uso de animales en la ciencia, en ganadería, caza y captura, y el uso comercial, o siquiera deportivo —no torturante—, de los animales. No hay reconocimiento, compensación objetiva, y menos aún análisis actitudinal de la altruista labor clínica veterinaria.

En semejanza, H.S. Salt trata el tema de *los derechos de los animales* (Animal's Rights, 1892), en su libro que lleva tal nombre. Culpa al judaísmo, cristianismo y al cartesianismo de todas las injusticias ejecutadas sobre los animales. ¿La razón? El mandato del Génesis de dominar los animales, y la concepción de

máquinas sobre los animales que hace un Descartes (1596-1650) que no conoció la Revolución Industrial (1750), pero que sí estudio en latín y griego a Aristóteles, y que por lo mismo entendía de una forma distinta a nosotros la idea de máquina⁸. Salt, que empezara por escribir sobre su fundamentalista vegetarianismo (*A Plea for Vegetarianism*, 1886), omite en el análisis que también hay humanos dedicados al cuidado y comprensión animal, que entienden a estos seres, desde un cercano entendimiento práctico-vivencial, con actitudes distintas a aquellas de los filósofos teóricos.

En su obra tampoco hay mención sobre el ejercicio clínico veterinario que comienza académicamente en las universidades de Lyon (1762) y Utrecht (1831) a la luz de una notable influencia cartesiana y cristiana, pero que son antecedidas por los albéitares⁹ españoles del Medioevo, o incluso toda una tradición terapéutico-compasiva de marras:

La *hippiatría*¹⁰ y *buyatría*¹¹ romana, persa, griega o árabe; la antiquísima veterinaria china y japonesa, o el mismo Código de Hammurabi —que en sus párrafos 224-225 estipulaba los pagos a dar a los médicos de animales—; El Código de Eshuna (2.500 a.C.) comentaba sobre

7 Regan, T. *The case for animal rights*. University of California Press. Berkeley. 1983.

8 Siendo la formación filosófica jesuítica de Descartes, bastante profunda, es apenas obvio suponer que su pronunciamiento sobre los animales se enmarcaba en la comprensión lingüística de *máquina* como aquello que tenía poder y fuerza sobre la materia. Del sentido originario indoeuropeo *mâghos* (que permite, que hace posible) en donde la raíz *mâgh-* significaba "poder".

9 Palafreneros, o encargados de caballos.

10 Arte médico sobre caballos.

11 Arte médico sobre bovinos.

medidas de control contra la rabia; las pinturas rupestres de Lascaux y Niaux, demuestran la interacción terapéutica sobre cabras y caballos por parte de humanos —en tiempos de tótems y espíritus animales que debían enaltecerse según los valores que invocaba cada especie—.

Esta lista de omisión es extensa y hasta el momento ha invadido, flagrante, los pilares de la bioética. Diego Gracia, en su escrito *“Los animales en la tradición occidental”* (2003) habla más de enfoques filosóficos, que de animales o sus médicos. Gracia increpa que sólo hay beneficencia y no “justicia” (p: 139). Elucubra sobre Hume, Bentham, Platón, San Francisco de Asís¹², Leibniz, Kant, e incluso Aristóteles —quien con su obra *Investigación (Historia) sobre los Animales* demuestra ser el único filósofo que, en verdad, muestra tener conocimiento profundo y de contacto, no antropomorfizador, sobre estos seres, pero eso no lo menciona Gracia.

El sesgo continúa. En obras destacadas sobre la ética en torno a los animales como *Biology, Ethics and Animals* de M. Rodd (1992), *Ethics and Animals* de H.B. Miller y W.H. Williams (1983) se reitera el olvido sobre la práctica clínica animal. Se recoge la asimilación del animal como *máquina*¹³, niño, ejemplo moral o demonio, pero no como paciente más allá de estereotipos.

S.F. Sapontzis en *Morals, Reason and Animals* (1987) hace eco de los anteriores planteamientos. M. Bekoff ya empieza a aproximarse a otros tópicos como la vivisección y el uso de animales como alimento, recayendo en la ideología del vegetarianismo. Pero lo valioso de Bekoff es analizar al animal como un ser que siente, sufre y se comunica. La perspectiva clínica sigue ausente.

In the Name of Science de F.B. Orleans (1992: 194) comprende estudios restringidos a la experimentación animal y por fin aparece una alusión al uso de animales en docencia veterinaria y el uso del remplazo de animales vivos por modelos en plástico para cirugía. Las tres “R”¹⁴ son así tratadas.

Pertinencias

“La religión descansa en la contemplación de la naturaleza y, por tanto, es una verdad de vida”.

J.J. Bachofen

Pero el vacío clínico persiste. Matt Ridley respalda a Aristóteles en *¿Qué nos hace humanos?* (2005: 36) en el sentido de que es mínima la diferencia aún bioquímica y genética-estructural con los animales, que para el caso de los chimpancés, llega a una analogía del 98,76% de semejanza genómica. Se cita la frase célebre de Aristóteles según la cual los humanos son animales políticos.

Aristóteles, considerado el padre de la veterinaria occidental (García, H. 2006) por ser autor de la obra *Historia de los*

12 Patrón de los Veterinarios. El autor desdeña al latinoamericano San Martín de Porres (barbero-curador de enfermos e intercesor de los animales), o a San Antonio de Padua que obra milagros en peces y un mular.

13 En la tergiversada lectura del significado de esa palabra. En un símil situacional puedo citar que el *Tratado de Fisiología Humana*, de Guyton, en su inicio, describe al ser humano como *autómata*. ¿Sería tomada esta descripción también peyorativamente por parte de tales filósofos? ¿O les será admisible que nuestras hormonas y funciones vegetativas, o nuestros procesos de desarrollo funcionan sin nuestra voluntad?

14 Russell & Bursch 3 R's Alternatives: Reduction, Replacement, and Refinement. (Reducción del daño, Reemplazo y Refinamiento de Técnicas).

animales, hace un compendio pionero zoológico de dietas, modos de reproducción y comportamientos animales (Barnes, J. 1987: 24).

¿Es “ético” hablar bioéticamente de animales sin conocerlos *vivencial, profesionalmente, es decir, de oficio*? Quizá no, razonamiento válido para el mejor desarrollo cognitivo y crítico de cualquier campo del saber. Entonces ese *vicio/vacío teórico* aumenta sus consecuencias si se le compara con la innumerable literatura en bioética clínica humana escrita por médicos conocedores vivenciales del tema.

Los animales en la perspectiva de la Bioética Clínica pueden ser equiparados a los niños. Es decir, como seres legalmente comprensibles como “pacientes incompetentes” (English DC, 1994: 32), pues en la praxis no deciden por sí mismos, lo que obliga a un consentimiento por parte de sus “encargados”, “amos” o “propietarios” para instaurar una maniobra de carácter clínico. Otros análisis en el ejercicio pueden estructurarse críticamente como el anterior ejemplo.

Las legislaciones en el tema clínico a nivel nacional con mayor relevancia son la **Ley 576 de 2000** que reglamenta el Código de Ética de la Medicina Veterinaria en Colombia, y la **Ley 84 de 1989**, que es el Estatuto de Protección Animal.

A nivel internacional, los actos regulatorios se orientan hacia el bienestar animal (The Federal Animal Welfare de EE.UU., 1966), el cuidado animal (*Canadian Council on Animal Care*), el uso de animales experimentales reglamentado en la mayor parte de los países desarrollados y los actos y actas de protección hacia los animales y contra la crueldad contra los animales, de los cuales Inglaterra fue un importante promotor.

El sustento social para estos estudios además de la mejora en los estándares clínicos y humanitarios, obedecen al perfeccionamiento de la estructura económica y social. En Irlanda¹⁵, por ejemplo, la participación económica del mundo agropecuario y de la alimentación en el PIB es del 10%. Cifra similar a la colombiana (11% según DANE, 2005). En estas cuentas, sin embargo, tampoco se contabiliza directamente el ignorado ejercicio clínico veterinario. Pero es entonces relevante resaltar la importancia que pueden tener estas interacciones a nivel poblacional humano y animal.

Bibliografía

- Barnes, J. (1987). *Aristóteles*. Cátedra. Madrid.
- Bekoff, M. 2003. *Nosotros los animales*. Trotta. Madrid.
- English, DC. (1994). *Bioethics. A Clinical Guide for Medical Students*. Norton Medical Books. New York.
- García, H. & Parra L.G. (2006). *Medicina veterinaria y zootecnia en Colombia*. ACOVEZ Publicaciones. Bogotá D.C.
- Gómez de Silva, G. (2005). *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española*. FCE. México.
- Miller, H.B. & Williams W.H. (1983). *Ethics and animals*. Humana Press. New Jersey.
- Orlans, F.B. (1993). *In the Name of Science. Issues in Responsible Animal Experimentation*. Oxford University Press. New York.
- Ridley, M. (2005). *Qué nos hace humanos*. Taurus. Bogotá D.C.
- Rodd, R. (1992). *Biology, ethics and animals*. Oxford. New York.
- Salt, H.S. (1999). *Los derechos de los animales*. La Catarata. Madrid.
- Saponstzsis, S.F. (1987). *Morals, reason and animals*. Temple University Press. Philadelphia.

15 <http://www.ensaia.inpl-nancy.fr/bioethics/workshop/pdf/Ireland.pdf> (septiembre 24 de 2006).

Cibergrafía decisiones del final de la vida

MARGARITA MARÍA QUIROGA CÁRDENAS, ODONT.*

1. Decisiones al final de la vida, aspectos clínicos: http://www.caringinfo.org/UserFiles/File/PDFs/Diversity/EOL_Aspectos_Clinicos1.pdf
2. Decisiones al final de la vida, aspectos clínicos: planes anticipados para el cuidado de la salud, <http://www.caringinfo.org/UserFiles/File/PDFs/AdvanceDirectives/PlanesAnticipados2.pdf>
3. Problemas éticos al final de la vida http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=7
4. La toma de decisiones al final de la vida, V Congreso Mundial de Bioética Gijón Mayo 21 11 25 de 2007 http://web.educastur.princast.es/ies/bernaldo/archivos/1180434327_Trabajo_SIBI_2007.pdf
5. Decisiones al final de la vida http://www.acgg.org.co/pdf/simposia/decisiones_final_vida.pdf
6. Decisiones del final de la vida. Retiro del soporte vital <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Pfeiffer22-5-08.pdf>
7. Decisiones sobre el final de la vida a División de Medicina Geriátrica. Centro Médico Universitario. Hospital Universitario de Utrecht. Países Bajos <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EplFEEEpZAxGyZhsdF>
8. La planificación anticipada de las decisiones de la vida, el rol de los profesionales sanitarios en general y de enfermería en particular http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original20.pdf
9. Planificación del cuidado de transición <http://www.nci.nih.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/cuidado-de-transicion/Patient/page6>
10. Bioética; tomando decisiones para el final de la vida. Pensando en el principio de autonomía http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004_3/g-14-3-005.pdf
11. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de pacientes. eutanasia activa y pasiva, y alivio de síntomas <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol56-96/4/encuesta.htm>

* Profesor, Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana.

12. Decisiones para el final de la vida, comunicando con cariño. <https://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c5987b1e-add7-403a-b817-b3efe6109265&chunkiid=126873>
13. Guía para tomar buenas decisiones hacia el final de la vida http://www.columbiariver.org/stateents/washington-state-catholic-conference/livingwill_esp_final.pdf
14. Decisiones terapéuticas final de la vida para personas con insuficiencia cardíaca <http://members.kaiserpermanente.org/kpweb/healthspanish.do?hwid=uf7437&scope=topic>
15. Cuidados de fin de vida: tomar decisiones anticipadas http://www.cornellcares.org/pdf/handouts/eolc_advdirectives_sp.pdf
16. Decisiones del final de la vida, retiro del soporte vital. Ver Pfeiffer, María Luisa www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Pfeiffer22-5-08.pdf -
17. Problemas éticos al final de la vida, Dr. Jacinto Bátiz, Dra. Pilar Roncan http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=7
18. Decisiones del gobierno para legislar la eutanasia <http://www.cope.es/07-09-08>—
19. Forum Comunitario Eutanasia: una visión histórico - hermenéutica http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005&lng=es&nrm=iso
20. Bioética & debate, libros de la A a la Z, en red sobre vejez y final de la vida <http://www.bioetica-debat.org/modules/booklists/viewcat.php?cid=4>
21. Vida y muerte en terapia intensiva. María Luisa Pfeiffer | 02.08.2008 <http://www.redbioeticaunesco.org/biblioteca/103>
22. Derecho a morir: conociendo a Leonel, María Luisa Pfeiffer | 15.09.2008
23. <http://www.redbioeticaunesco.org/notas/161>
24. ¿Suicidio asistido, suspensión de tratamiento o eutanasia? María Luisa Pfeiffer | 6.09.2008 <http://www.redbioeticaunesco.org/notas/171>
25. Tecnología y medicina: el coraje de empezar a hablar María Luisa Pfeiffer | 12.07.2008 <http://www.redbioeticaunesco.org/notas/68>
26. Bioética web http://www.bioeticaweb.com/component/option,com_glossary/Itemid,66/
27. Diccionario Latinoamericano de Bioética <http://www.unesco.org.uy/shs/es/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/bioetica/documentos-publicaciones-en-bioetica.html>
28. El fin moral de la lucha por la vida <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11656>
29. Toma de decisiones del final de la vida, desde la perspectiva del paciente PPP www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Ana_Fernandez.ppt
30. Criterios éticos para las decisiones clínicas en la enfermedad terminal www.bioetica.sanjuandedios-oh.es/SJD-Etica/publicaciones/ForodeBiotic

Glosario

SONIA AGUDELO A., MD*

El siguiente glosario se incluye para aclarar algunas nociones y términos.

Palabra	Definición
Acto médico fútil	Se puede definir el acto médico fútil como aquel cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz (comprobado estadísticamente), no mejora el pronóstico, síntomas o enfermedades interrecurrentes, o porque produciría previsiblemente efectos perjudiciales razonablemente desproporcionados al beneficio esperado para el paciente, por sus condiciones familiares, económicas o sociales.
Autonomía	Se origina del griego <i>autos</i> (sí mismo) y <i>nomos</i> (ley). Según T. L. Beauchamp, una persona es autónoma sólo si es capaz de deliberar racionalmente, con capacidad de tomar sus decisiones y actuar libremente, siendo responsable de las elecciones hechas. Su uso en bioética se inició aproximadamente en la década de los setenta, en contraposición al modelo paternalista que hasta entonces había predominado en medicina.

* MD especialista en Pediatría y Bioética. Pontificia Universidad Javeriana.

Bioética	<p><i>Bios</i> (vida) y <i>ética</i> (comportamiento). Es la ética de la vida. La bioética se ha definido, según algunos autores, como la parte de la ética que se refiere a los cuestionamientos originados por el desarrollo de las ciencias biomédicas en torno a la vida, la salud, la investigación y su aplicación en el ser humano.</p>
Calidad de vida	<p>Aspectos de experiencias personales que dan a la vida su carácter humano y proporcionan la satisfacción que hace de la vida humana algo valioso. Nace del contexto socioeconómico y distingue aspectos objetivos y subjetivos, incluye experiencias como placer, dolor, funcionamiento físico, autoconciencia, autonomía, relaciones, independencia financiera, etc.</p>
Deontología / deontológico	<p>Del griego <i>deón</i>, el cual es participio neutro de <i>dein</i> y significa "deber", lo obligatorio, lo justo. Ciencia o tratado de los deberes. Al hablar de deontológico, se refiere al deber ser. Más concretamente se refiere a las normas éticas de cada profesión, dicen los autores, hay que hacer lo debido sólo por deber, por puro respeto a la ley moral, no por interés u otro sentimiento (ética deontológica).</p>
Distanasia	<p>El prefijo <i>dis</i> indica distancia, alejamiento. La distanasia significa en la práctica terapéutica alejar la muerte, prolongar indefinidamente la vida de una persona enferma que se ha desahuciado. La distanasia es entonces, el empeño de alargar la vida mediante medios desproporcionados. Se ha llamado también: ensañamiento, encarnizamiento terapéutico u obstinación terapéutica.</p>
Estado vegetativo persistente	<p>Es el estado en que las funciones del tronco cerebral continúan, pero los componentes más elevados del cerebro se encuentran irreversiblemente dañados.</p>
Ética	<p>Según su procedencia griega <i>ethos</i>, o latina, <i>moralis</i>, se dice ética o moral y está definida como la parte de la filosofía que trata de los actos morales, actos del ser humano que son considerados desde el punto de vista del bien.</p>

Código de ética

Conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en un ámbito de la vida.

Enfermedad terminal

Presencia de una enfermedad incurable, progresiva y avanzada, en situación de imposibilidad razonable de respuesta del paciente a un tratamiento específico, con presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, con gran impacto emocional por parte del paciente, la familia y el equipo terapéutico, y con un pronóstico vital inferior a seis meses.

Eugenesia

De eu (bien, bueno) y genos (origen), buena raza, bien nacido, mejoramiento de la raza humana. Es la aplicación de conocimientos científicos, que pretende mantener o mejorar las potencialidades genéticas de la especie humana, en tal sentido, debe ocuparse del fomento de la salud de la descendencia.

Eutanasia

Según la Declaración del Institut Borja de Bioética (Universitat Ramón Llull):

“Eutanasia es toda conducta de un médico, u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo.

Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad. Así, se consideran requisitos indispensables la petición expresa del enfermo, la existencia de un padecimiento físico o psíquico insoportable para el paciente y una situación clínica irreversible que conducirá próximamente a la muerte”.

**Muerte encefálica
(Decreto 2493 de 2004
República de Colombia)
Definición en adultos y
niños(as) mayores de
2 años**

Es el hecho biológico en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobadas por examen clínico. Deberá constatarse por lo menos, la existencia de los siguientes signos:

- Ausencia de respiración espontánea.
- Pupilas persistentemente dilatadas.
- Ausencia de reflejos pupilares a la luz.
- Ausencia de reflejo corneano.
- Ausencia de reflejos oculo vestibulares.
- Ausencia de reflejo faríngeo o nauseoso.
- Ausencia de reflejo tusígeno.

El diagnóstico de muerte encefálica no es procedente cuando en la persona exista cualquiera de las siguientes causas o condiciones que la simulan pero son reversibles:

- Alteraciones tóxicas (exógenos).
- Alteraciones metabólicas reversibles.
- Alteración por medicamentos o sustancias depresoras del sistema nervioso central y relajante muscular.
- Hipotermia.

El diagnóstico de muerte encefálica y la comprobación sobre la persistencia de los signos de la misma, deben hacerse por dos o más médicos no interdependientes, que no formen parte del programa de trasplantes, uno de los cuales deberá tener la condición de especialista en ciencias neurológicas. Dichas actuaciones deberán constar por escrito en la correspondiente historia clínica, indicando la fecha y hora de las mismas, su resultado y diagnóstico definitivo, el cual incluirá la constatación de los siete (7) signos que determinan dicha calificación.

Ortotanasia

El término orto, da el sentido de muerte correcta, por lo tanto ortotanasia es "muerte a su tiempo". Refiere también la literatura, que ortotanasia, tiene que ver con el interés por humanizar el proceso de muerte, por aliviar sus dolores, sin acortar la vida y sin alargarla innecesariamente mediante medios extraordinarios o desproporcionados.

Limitación del esfuerzo terapéutico

Caso ejemplo: retirada del ventilador de Karen Ann Quinlan (1976)

Existen múltiples definiciones de LET. Suelen coincidir en referirse a no iniciar o retirar un determinado tratamiento, en el que no se generan beneficios al paciente, tanto en situaciones en las que éste puede o no puede decidir por sí mismo. Su justificación se da ante la percepción de desproporción entre los fines y medios terapéuticos.

Bibliografía

- web. http://www.bioeticaweb.com/component/option,com_glossary/func,display/letter,A/Itemid,66/catid,117/page,1/lang,es/
- Blázquez Carmona, F.; Devesa del Prado, A. & Cano Galindo, M. (2002). Diccionario de términos éticos. Editorial Verbo Divino. Segunda edición. España.
- Consenso de definiciones del fin de la vida en cuidados intensivos. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Distribuna 2008.
- Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Declaración del Instituto Borja de Bioética (Universitat Ramon Llull) Instituto Borja de Bioética. http://www.ibbioetica.org/es/contenidos/PDF/Documento_eutanasia_CAST.pdf
- Decreto 2493 de 2004 <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14525>
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua. <http://www.rae.es/rae.html>
- Drane, James F. (1999). El cuidado del enfermo terminal. Organización Panamericana de la Salud. Canadá, 153-168.
- Fernández García, Eusebio. Dignidad humana y ciudadanía cosmopolita. Instituto de Derechos Humanos. "Bartolomé de las Casas" Universidad Carlos III de Madrid.
- http://books.google.com.co/books?id=nDPkAUUO9DgC&pg=PA36&lpg=PA36&dq=ortotanasia&source=bl&ots=umEscRJ57X&sig=0AsRfKbyQJVJtOvkfRDxE6dNtss&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=3&ct=result#PPP1,M1
- Limitación del esfuerzo terapéutico: "cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?" <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup3/suple10a.html>
- Tribuna libre. Eutanasia, aclarando conceptos. <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m96.pdf>
- Vásquez, Carlos S. (2006). Diccionario de la Bioética. Editorial Monte Carmelo. España.
- WordReference.com. Diccionario de la Lengua Española. <http://www.wordreference.com/definicion/virtud>.