

# *MEDICINA Y ETICA*

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1992/3

**Comunidad terapéutica para tóxicodependientes - Intervención  
cardioquirúrgica en el tóxicodependiente - Resultados psicoló-  
gicos e implicaciones éticas en los trasplantes cardiacos -  
Infección por HIV y secreto profesional -  
En favor de la "buena" eutanasia**



**UNIVERSIDAD ANAHUAC**  
VINCE IN BONO MALUM™

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina

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

# **MEDICINA Y ETICA**

Editor: Instituto de Humanismo  
en Ciencias de la Salud  
Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Dirección y Administración:  
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac  
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac  
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 11000  
México D.F. C.P. 11000  
A.P. 10-844  
Tels. 589-90-00 y 589-22-26 Ext. 227 y 228

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

México: 150,000 pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;  
Otros países: \$85 U.S. Dls. Estudiantes, 15% de descuento.  
Benefactores: \$120 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque  
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores S.C.  
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac  
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-866, México D.F. 11000

Registros en trámite.  
Impreso en México. *Printed in Mexico.*  
ISSN 0188-5022

# 3

VOLUMEN III NUMERO III JULIO-SEPTIEMBRE DE 1992

## MEDICINA Y ETICA

**Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica**

---

### *Italia*

#### *Dirección*

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

*Director Responsable:* Angelo Fiori

*Director:* Elio Sgreccia

*Comité científico:* Evandro Agazzi - Adriano Bompiani  
Vincenzo Cappelletti - Francesco Introna - J.F. Malherbe  
Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi - Angelo Serra  
Dionigi Tettamanzi

### *México*

*Director responsable:* Dr. José Kuthy

*Director:* Dr. Jesús Quirce

*Coordinador Editorial:* Dr. Manuel Sánchez de Carmona

*Comité Editorial:* Dr. Juan Somolinos - Dr. José Ramírez  
Dr. Andrés Lisci - Dr. Adolfo Martínez - Dr. Enrique Ruelas  
Lic. Michael Ryan - Lic. Antonio Cabrera

# INDICE

EDITORIAL .....	251
La comunidad terapéutica para tóxicodependientes. Origen, desarrollo modelos de intervención. <i>Francesco Calamo Specchia, Andrea Scapigliati y Alessandro Terzani</i> .....	253
Intervención cardioquirúrgica en el toxicodependiente con endocarditis. <i>Rafaella Manna, Marietta Cascio, Antonio G. Spagnolo</i> .....	271
Resultados psicológicos e implicaciones éticas y asistenciales en los trasplantes cardiacos. <i>Antonio Puca</i> .....	287
Infección por HIV y secreto profesional. <i>Valentina Boroni</i> .....	299
Voluntariado y asistencia a pacientes infectados de SIDA. <i>S. Fassino, A. Ferrero, P.L. Marchesi, M. Mazzone</i> .....	329

## DOCUMENTACION

Del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. En favor de la "buena" eutanasia. <i>Dr Edgar Morales Juvera</i> ...	339
De la Literatura internacional. <i>Antonio G. Spagnolo</i> .....	347
Noticias breves. Paolo Marchionni .....	361

## EDITORIAL

La farmacodependencia es un problema que cualquiera sociedad moderna enfrenta. Parte de las sustancias de las que actualmente se abusan han existido desde tiempo atrás, pero la disponibilidad, junto con el estrés que hoy en día existe, han provocado un exceso incontrolado en su consumo.

La drogadicción abarca diferentes grupos de sustancias con efectos opuestos. Son totalmente distintos la adicción y el ambiente del paciente que abusa de drogas como morfina y benzodiazepinas al inhalador de cemento y thiner. Con frecuencia se comete el error de tratar el tema de la farmacodependencia como uno sólo, y se olvida que lo único en común es el abuso de una sustancia.

Por lo tanto es de suma importancia que el enfoque terapéutico que se les dé a estos pacientes sea interdisciplinario. Que involucre a un grupo de médicos especialistas, psicoterapeutas y trabajadores sociales, que logren darle un enfoque integral a la rehabilitación del paciente.

Las condiciones en México hacen que después del alcohol, la inhalación de cemento y thiner sean las sustancias de las que más frecuentemente se abusa. Estas quizás no provoquen las complicaciones cardiovasculares y metabólicas que drogas como la cocaína producen, pero llegan a ser las más destructivas del sistema nervioso central. Se ha comprobado que los daños neurológicos producidos por una sólo exposición son permanentes y altamente nocivos.

En este número Francesco Specchia y colaboradores nos brindan una revisión de distintos modelos de intervención en la rehabilitación del farmacodependiente. Específicamente profundizan la idea de crear una

*EDITORIAL*

comunidad terapéutica como ambiente y grupo de apoyo para este tipo de pacientes.

*La Dirección*



Muerte en el cuarto enfermo, Edvard Munch, 1893

# La comunidad terapéutica para tóxicodependientes

## Origen, desarrollo, modelos de intervención

*Francesco Calamo Specchia\*, Andrea Scapigliati\*,  
Alessandro Terzani\**

### Resumen

*En este artículo los autores pasan revista a los diversos modelos de intervención terapéutica que se han implantado en las comunidades para toxicodependientes en Italia y en otros países, sobre la guía de las primeras experiencias internacionales de asistencia no coercitiva.*

*En las diversas comunidades se ponen de manifiesto importante diferencias operativas, modelos de referencia diversos, diferentes objetivos terapéuticos y múltiples interpretaciones de la problemática vinculada a la droga.*

### La comunidad terapéutica

Intentando enmarcar la experiencia de las comunidades terapéuticas en el campo de la recuperación de los toxicodependientes, no se puede prescindir del conocimiento de la "patología" de la que se ocupan. Sin embargo, el tema de la toxicodependencia aparece como uno de los más difíciles de presentar de manera orgánica: "Todas las propuestas científicas sobre el fenómeno de la tóxicodependencia hasta ahora presentadas han tenido una historia efímera dentro de los parámetros científicos, aun

(\*) Instituto de Higiene, Universidad Católica del Sagrado. Corazón, Roma (Director: Prof. Giancarlo Vanini)

cuando hayan jugado con frecuencia un papel importante y desproporcionado al influir en opiniones y determinar políticas de intervención”.<sup>1</sup>

Mucho se discute sobre el origen “biológico” o “social” de la tóxicodependencia, sin haber logrado establecerlo todavía. Sin pretender adentrarnos en profundizaciones fuera de lugar, puede resultar interesante referir una afirmación que parece se puede compartir sin más: “Como en otros campos, los efectos favorables de una terapia farmacológica, además de facilitar la mejoría o la curación de un sujeto enfermo o perturbado, ponen en primer plano la causa biológica de la enfermedad o del trastorno; así los efectos favorables de una socialización o resocialización en una comunidad (entendida precisamente como terapéutica) ponen de relieve el problema de la causa social de la toxicodependencia”.<sup>2</sup>

En sentido amplio se puede, pues, afirmar que el término comunidad terapéutica constituye la denominación convencional para indicar una modalidad de interpretar y afrontar la recuperación de la tóxicodependencia, que, a diferencia de la pública, no limita su óptica a una clave médico-farmacológica, polarizada exclusivamente en el *soma*, sino que considera también las numerosas necesidades psicológicas correlacionadas, que requieren también ellas de alguna forma de intervención.<sup>3</sup>

### **Las matrices históricas y los modelos internacionales de referencia**

Partiendo de las más lejanas experiencias que se han podido identificar como “prototipos” de la comunidad terapéutica, se pueden mencionar: — el *Oxford Group*, un grupo protestante que giraba en torno al médico Frank Bechman (1878-1961), con el objetivo de guiar a sus miembros hacia “la honestidad, el amor, la superación del individualismo”, mediante métodos definidos genéricamente como purificadores (confesiones en público y similares); — el inglés *Retiro*, fundado en 1796 por el cuáquero William Tuke, convencido de la importancia de un enfoque de la enfermedad mental que se apoyara en la disponibilidad y la persuasión más que en la violencia y la coerción.

Viniendo a tiempos más recientes, es posible distinguir dos grandes líneas de desarrollo de las comunidades terapéuticas: el modelo “europeo” y el modelo “norteamericano”, que constituyen en parte la resultante de

dos fenómenos: 1) la afirmación de un movimiento que tomaba pie en las “comunidades” de matriz política democrático-comunista de los años 60-70, como alternativa de la sociedad competitiva y consumista; 2) el curso evolutivo de algunos filones de la ciencia y de la investigación médica, y su exigencia de superar la institucionalización psiquiátrica totalizante.

El *modelo europeo* surge de la experiencia de la antipsiquiatría inglesa y francesa, según la cual cada individuo en particular conoce mejor que nadie sus propias necesidades y es autor de su propio cambio personal, utilizando las diversas posibilidades de una comunidad, como los grupos de encuentro o la bioenergética.

El término mismo de comunidad terapéutica nace en el ámbito de la psiquiatría inglesa, donde fue empleado por primera vez por T. S. Main al describir el hospital de Northfield. Pero fue el psiquiatra Maxwell-Jones quien ideó el concepto de comunidad terapéutica como fórmula alternativa de la organización totalizante, utilizada hasta aquel momento para enfrentarse con la enfermedad psíquica. Este autor ideó la hipótesis como momento terapéutico, además del papel del médico, también de la participación del paciente y del personal paramédico: el grupo, en esta perspectiva, es interpretado como realidad dinámica que supera la dicotomía médico-paciente. Se transforma así el concepto de “manicomio/nosocomio” en el de “comunidad terapéutica”. Los puntos que caracterizan a una comunidad terapéutica, según Maxwell-Jones, son:

a) la adhesión voluntaria a la vida comunitaria;

b) el respeto por las reglas escritas y orales que caracterizan a la vida en grupo, basada siempre en la democracia;

c) la orientación de la actividad de cada uno y la modificación de su comportamiento patológico, de manera que sea posible separarse físicamente y sin sufrimiento del programa en el momento oportuno, y la reinscripción en la sociedad;

d) la importancia de las relaciones interpersonales y de una interacción estimulante entre los miembros del grupo.

En las comunidades surgidas basándose en este modelo se pueden identificar, además, otros puntos comunes: 1. el análisis crítico de lo vivido cotidianamente mediante reuniones de grupo, que se pueden configurar como ocasiones psicoterapéuticas; 2. la promoción de la comunicación entre los huéspedes residentes y entre éstos y el equipo;

3. la superación de la relación de autoridad dentro de la comunidad; 4. la recuperación, mediante situaciones tanto espontáneas como creadas *ad hoc*, de comportamientos sociales adecuados.

Este modelo europeo fue gradualmente flanqueado por modelos de derivación norteamericana, como el *self help* (autoayuda) y los *release groups* (grupos de liberación).

Las *comunidades terapéuticas "norteamericanas"*, surgidas después de la segunda guerra mundial en los EUA en respuesta a la tóxicodependencia de alcohol y opiáceos, se basaron en los principios teóricos del conductismo, dirigiéndose al síntoma con un tratamiento articulado en estadios, con refuerzos de tipo positivo y negativo y funciones jerarquizadas. En los EUA se distinguen tres principales modelos comunitarios: Synanon, Day Top y Phoenix House.

*Synanon* fue fundada en 1958 por C. E. Dederich, miembro de los "Alcohólicos Anónimos" (asociación surgida a su vez en 1935 con la intención de recuperar a los alcohólicos), y se propone como un modelo alternativo de asistencia cotidiana caracterizado por la residencialidad y la autogestión. *Synanon* se basaba en el principio de la autoayuda, por la cual cada miembro (al principio sólo toxicómanos, y luego también sujetos de alguna manera afectados por otras formas de marginación) es responsable de sí mismo, pero pudiendo contar también con los demás.

Aun constituyendo un hito en la historia de las comunidades terapéuticas, hoy esta comunidad no existe ya en su forma original.

A mediados de los años setenta, en efecto, cambiando su significado inicial, *Synanon* se configuraba como una suerte de movimiento místico religioso. Las causas del fracaso terapéutico hay que buscarlas en: *a*) el poder absoluto atribuido a una sola persona (Dederich, procesado incluso por homicidio en 1980); *b*) la ausencia de confrontación con experiencias análogas; *c*) el aislamiento del mundo exterior (la comunidad se volvió una especie de mundo encerrado en sí mismo, llegando incluso a regirse por leyes propias).

*Day Top* (Drug Addict Yield to Persuasion) nació en 1963 en Nueva York, por obra de un médico, D. Casriel, y de un ex heroínómano, D. Deith, que había vivido personalmente la experiencia *synainiana*. En la comunidad *Day Top* la droga es concebida como síntoma de inmadurez, y los centros están organizados en "etapas": el tóxicodependiente es acogido e inicialmente considerado como un niño; sucesivamente se le com-

promete en una vida de relación cotidiana activa y dinámica; se pasa luego a la responsabilización, por la que los huéspedes son invitados a ocuparse, por ejemplo, de los recién llegados; la reanudación de las relaciones con el exterior y una prudente reinserción concluyen el tratamiento.

Los elementos del duradero “éxito” de este modelo pueden encontrarse en: *a)* la organización permeable y dinámica; y *b)* la receptividad a las experiencias externas y a las eventuales modificaciones.

*Phoenix House* inició sus actividades en 1967, con un programa sustancialmente análogo al de Day Top.

### Los elementos terapéuticos

Se ha afirmado que el gran mérito de las comunidades terapéuticas ha sido el de demostrar que uno se puede “curar” de la toxicoddependencia y especialmente de la heroínomanía: si no se puede obviamente pensar que sólo mediante una intervención comunitaria es imaginable desengancharse de la droga, hay que recordar no obstante que efectivamente muchos jóvenes —de regreso de terapias diversas, incluso de tipo farmacológico y diagnosticados como irrecuperables— han podido superar positivamente su toxicomanía sólo mediante la experiencia comunitaria *adecuada a su personalidad*. El éxito logrado por esta fórmula ha sido objeto de análisis y explicaciones a menudo incluso en clave crítica.

En realidad los buenos resultados que pueden obtenerse con la terapia comunitaria no se pueden explicar solamente por la voluntad de salir del atolladero de los sujetos que la eligen, aun cuando esa voluntad sea su premisa indispensable. Los análisis de los elementos propiamente terapéuticos en una comunidad terapéutica han tenido diversos enfoques, particularmente:

*a)* sobre la configuración de algunas experiencias con la misma estructura de la familia, con todas sus dinámicas, conflictos y roles;

*b)* sobre la duplicación del decurso del desarrollo psicológico, y por tanto la búsqueda de un *status*, la readquisición de responsabilidades y el logro de una nueva identidad;

*c)* sobre la finalización, de manera apropiada y satisfactoria, de un recorrido que en la realidad ha sido interrumpido y fuertemente amputado por la experiencia de la droga.

Los factores, de todos modos, parecen numerosos e interactuantes: la residencialidad, el deseo de desengancharse, la solidaridad entre todos los miembros, el análisis o autoanálisis del marco psicológico, el compartir con el grupo sus propias ansias y sus propias debilidades, la vida de relación estimulante, el compromiso diario en el trabajo.

Constituye, además, un elemento de facilitación el “filtro” de las solicitudes, tanto en el momento de la conversación de admisión como en el momento del primer impacto violento con los impulsos a la reconstrucción psicológica, que con frecuencia es superado.<sup>5</sup>

De cualquier manera, el éxito hay que considerarlo en su globalidad, en el sentido “gestáltico”; por consiguiente, no como “suma” de elementos, sino como “forma” (*gestalt*): cuando diversos elementos sensoriales se combinan entre sí lo que resulta es algo nuevo que acaba por determinarse como terapéutico en sí y al margen de la específica voluntad de serlo.<sup>6</sup>

Hablando de la negativa a referirse a los porcentajes de éxito del CEIS (90%), M. Picchi<sup>7</sup> dice: “Ciertamente, es agradable poder decir: hemos curado a 100, 200, 300 muchachos. Significa que todos ellos caminan ya por su propio pie y este es nuestro objetivo. Pero creo que es un mensaje más profundo el que tratamos de transmitir, y sobre el papel nadie puede vanagloriarse de lo que cada uno de nosotros logra infundir en el ánimo de un chico: ¿quién puede entender lo que verdaderamente se le ha dado a esa persona y lo que de ella ha recibido?”.

### **La confrontación con el “público”**

El complejo enfoque terapéutico hasta aquí examinado polariza de todos modos su atención sobre la esfera psicológica, dando la primacía, por tanto, al análisis de la necesidad y de la motivación, guiando el comportamiento y las actitudes, dando confianza (aun cuando inicialmente sea vigilante) a quien carece totalmente de confianza.

Se trata de un enfoque complejo y articulado, bastante diverso del médico-farmacológico adoptado a nivel público. Si, por otra parte, no se acepta acriticamente la pretendida “irreversibilidad” de la experiencia heroínomana (desmentida empíricamente por los resultados de las

comunidades terapéuticas), se vacía de gran parte de su significado la terapia con la metadona de mantenimiento.

La cual acaba por constituirse sólo en “espía” de una cierta impotencia (o mala voluntad) institucional al enfrentar en términos coherentes —y por tanto coherentemente articulados sobre varios planos— la realidad de la toxicodependencia.

Sería, en cambio, más apropiado recordar la importancia del concepto de “flexibilidad” atribuido a la terapia con la metadona, por la que se vuelve determinante sólo cuando el toxicodependiente se siente nuevamente amenazado por el deseo de la heroína. En sí, efectivamente, la metadona no elimina la toxicodependencia, pero puede representar la puerta de entrada a todo un proceso de resocialización *que debe seguir* (cfr. Gazzetta Ufficiale n. 21, 25, 1985); y es, pues, aceptable sólo si se interpreta como intervención momentánea y de apoyo.

En el momento actual, caracterizado casi exclusivamente por una bipolarización que distingue por un lado la intervención pública de tipo médico-farmacológico y por el otro un recurso terapéutico de asistencia, propuestas y garantías en el sector comunitario, en ayuda al toxicodependiente y a su familia; sería por lo demás deseable que existieran otras estructuras de apoyo intermedio, las cuales permitieran experiencias estimulantes de vida de relación, y la estructuración de intereses implicantes y polarizantes.

A nivel privado se entrevén algunas respuestas en ese sentido, bajo forma, por ejemplo, de comunidades diurnas.

Para poder verdaderamente imaginar la hipótesis de un plan de recuperación válido, debería colmarse el vacío entre la fórmula residencial (privada) y los CMAS (donde se manejan en general las terapias con metadona) o los departamentos hospitalarios, con una serie de propuestas o intervenciones institucionales, flexibles y articuladas, adecuadas a las necesidades psicológicas de las diversas fases evolutivas de la heroínomanía y de la voluntad cambiante de desenganche de la experiencia de la droga.

Y una eventual objeción sobre los costos económicos de un plan semejante evoca el recuerdo de los costos anuales que su ausencia continúa significando para el Estado, en términos directos de encarcelamiento o en términos de costos económicos y sociales “indirectos”.

## La situación italiana

En Italia quienes han jugado un papel más importante en la fundación y el sucesivo desarrollo de las comunidades terapéuticas han sido los religiosos católicos.

La Iglesia católica, en efecto, siguiendo la antigua tradición de asistencia a los pobres, fue la primera en dedicar particular atención al fenómeno de la droga, en cuanto que es una “nueva forma de pobreza”.<sup>8</sup>

Las experiencias de dos nombres entre otros, Felipe Neri y Juan Bosco, por la juventud de sus asistidos, la constitución de un grupo y la propuesta de nuevos modelos existenciales, se configuran como el arquetipo de la idea de asistencia a los “nuevos pobres” que surgirá en religiosos contemporáneos como Luigi Ciotti (Grupo Abele), Eligio Gelmini (Mondo x) y Mario Picchi (CEIS).

Inicialmente, las respuestas ofrecidas se basaban simplemente en la solidaridad, sin otros instrumentos que no fueran los de una disponibilidad subjetiva. Esto puede explicar una ausencia de documentación formalizada o catalogación de datos, rara en cambio en el ámbito científico, ausencia que se puede interpretar de alguna forma como desinterés por la divulgación “publicitaria” de una intervención considerada obligada y moralmente necesaria.

A distancia del tiempo se puede considerar que, como ocurre a veces ante los grandes descubrimientos, también en este caso se ha asistido quizá a un procedimiento dentro de ciertos límites “casual” (*serendipity*), que luego se ha revelado de altísima eficacia al paso de los años.

Andando el tiempo, en efecto, la espontaneidad inicial voluntarista de todos modos se ha ido modificando, al aumentar las exigencias de trabajo y conforme a las diferentes experiencias italianas e internacionales que han logrado resultados —y propuesto modelos— que merecen nuestra atención.

Las primeras comunidades, animadas por preceptos de caridad y de entrega y por la confianza en lo trascendente, siguieron siendo por lo demás el punto de referencia inicial para las nuevas que poco a poco fueron surgiendo.

Se observa, pues, una primitiva estructuración monofásica incluso en las formaciones de nueva constitución, y que por eso deben enfrentar aún un proceso de desarrollo y de articulación; mientras hoy, aun cuando de un modo más o menos evidente, las comunidades residenciales ya

comprobadas están articuladas en fases cuya organización debería modelarse sobre las exigencias y los diversos momentos del proceso de revisión existencial propuesto al toxicómano.

Así, en líneas generales, se observa *una primera fase de acogida*, dedicada a las primeras conversaciones, al conocimiento recíproco y a las reglas sobre las cuales está organizada la vida diaria; *una segunda de comunidad residencial*, que se presenta como el momento terapéutico por excelencia; y *una tercera de reinserción* —la más delicada— en la que el huésped está llamado a enfrentarse con la vida exterior con redobladas fuerzas, y a buscar una inserción laboral y de vivienda independiente; en algunos casos, puede seguir desempeñando su trabajo de agente de acogida en la comunidad; en otros casos también puede insertarse en cooperativas guiadas por la misma comunidad, casi siempre de tipo artesanal.

En el marco italiano de las perspectivas terapéuticas, la comunitaria (en la segunda mitad de los años setenta) fue primeramente ignorada y sucesivamente (a finales de los años setenta y principios de los ochenta) acogida con una cierta ambigüedad, sobre todo por la ausencia de indicaciones precisas sobre los resultados, ausencia que parcialmente persiste hasta el presente.

De cualquier manera, las comunidades terapéuticas juegan ya un papel de organización muy importante en la lucha contra la droga. De 1975 a 1987 se comprueba, en efecto, un constante incremento numérico de las comunidades terapéuticas residenciales en todo el territorio nacional.<sup>9</sup>

El número de huéspedes en el 60 por ciento de las comunidades terapéuticas varía de un mínimo de seis a un máximo de veinte.

Bajo el punto de vista jurídico, de 323 estructuras censadas sólo 19 son públicas.

Por los datos difundidos por el Ministerio de Salud se advierte, además, que la mayor parte de las comunidades terapéuticas mantiene relaciones de colaboración con otras estructuras (públicas o de otro tipo).

Los agentes en estas comunidades terapéuticas resultan ser en su mayor parte voluntarios (1,975 de 2,889 agentes en conjunto). Las figuras profesionales son en su mayoría educadores, animadores, sin calificación específica o ex tóxicodependientes (para un total del 76 por ciento aproximadamente); los agentes restantes (24 por ciento) se subdividen en psicólogos, sociólogos, médicos, asistentes sociales y psiquiatras.<sup>10</sup>

Como ya se ha dicho, actualmente se ofrece un panorama jalonado por una notable variedad de tipologías de intervenciones y de organizaciones, para las cuales se han propuesto diversas clasificaciones.<sup>11</sup>

Las *tipologías de intervención* han sido individualizadas de esta manera por el Ministerio: cerca del 73 por ciento de las estructuras realiza un programa socio-psicológico con actividad laboral; cerca de un 16 por ciento, sólo la actividad laboral; y alrededor de un 11 por ciento, exclusivamente actividades socio-psicológicas.<sup>12</sup> De lo cual resulta que la metodología de intervención terapéutica más difundida es la integrada, esto es, socio-psicológica y de actividad laboral; aunque, de todos modos, dentro de estas categorías las proporciones entre las intervenciones varían enormemente de una a otra comunidad terapéutica.<sup>13</sup>

### **Los diversos modelos de comunidad**

La comunidad terapéutica no puede ser considerada como un mero recipiente de métodos, sino que constituye más bien un método ella misma por el modo como está estructurada y los criterios en que se fundamenta.

Es necesario, por tanto, orientarse en el universo de las comunidades terapéuticas, para poder individualizar la multiplicidad de modelos y las correspondientes coordenadas que estructuran la comunidad terapéutica como "método". Las experiencias comunitarias que se han difundido en Italia tienen características sumamente diversas entre sí. Es difícil organizar una tipología exhaustiva que las clasifique.

Las comunidades terapéuticas pueden ser definidas de muy distintas maneras: de acogida, de tipo familiar, de vida alternativa, de trabajo, religiosas; la misma gran heterogeneidad en las autodefiniciones da una idea de la complejidad y pluralidad de las experiencias. Referimos a continuación las características fundamentales individualizadas en los modelos más difundidos y más consolidados de comunidad terapéutica

### **Comunidades democráticas y jerárquicas**

Los dos modelos clásicos de comunidad terapéutica, a los que durante años se ha hecho referencia, presentan entre sí grandes diversidades. Se

trata del modelo de *sistema democrático* y el de *organización jerárquica*. La diferencia entre los dos modelos puede sintetizarse en tres puntos fundamentales: 1) por la *responsabilidad de cada uno*, en el sistema democrático todos los individuos son igualmente responsables frente a sí mismos y al grupo, mientras que en el sistema jerarquizado cada quien no es considerado responsable y tal responsabilidad se conquista día a día con mecanismos de premios y castigos; 2) por lo que se refiere a la *aceptación del individuo*, según la metodología democrática cada uno es aceptado y valorizado por lo que verdaderamente es, mientras que según el enfoque jerárquico la aceptación es medida en términos de capacidad de adaptación a las reglas de la comunidad terapéutica; 3) respecto de la *realización del sujeto*, en el modelo democrático se realiza sólo en cuanto paciente; en las comunidades terapéuticas jerárquicas, en cambio, podrá hacerse, si lo desea, parte integrante del equipo.

Lo que aglutina a los dos modelos, inspiradores a su vez de diversos tipos de comunidad terapéutica, es la realización en ambos de una microsociedad, donde la vida y las consiguientes dinámicas de grupo son utilizadas para analizar el comportamiento individual, que puede ser modificado con un trabajo basado en la fuerza del grupo.

Tanto el modelo democrático como el jerárquico, además, se proponen como una alternativa a la célula familiar, sea organizando un ambiente, o bien un sistema de vida interno con tiempos y modalidades rígidamente estructurados. Ambas recurren finalmente a soportes psicoterapéuticos, aun cuando sean de tipo diferente.

### **Comunidades normativas y carismáticas**

Con base en una clasificación diferente, se distinguen comunidades terapéuticas llamadas de tipo *normativo*, otras de tipo *carismático* y finalmente otras comunidades, llamadas *comunes*, en las que están presentes al mismo tiempo ambos tipos de enfoque.

En las *primeras*, de sistema fuertemente jerarquizado, el individuo debe demostrar una adhesión incondicional a las reglas de la comunidad terapéutica; el modelo más famoso es el del Day Top norteamericano. Las *carismáticas*, en cambio, representan un microsistema social escasamente jerarquizado, dominado por la presencia de una figura líder

y fuertemente penetrado de ideales naturalistas y familiares; son varias las comunidades terapéuticas italianas de este tipo, como “Mundo x” de Pavía y el grupo “La strada” de Parma.

### **Comunidades cerradas y abiertas**

Las comunidades terapéuticas *cerradas* son las que se basan en el concepto de que el toxicodependiente es un sujeto irresponsable, que tiene necesidad de una gradual reeducación para poder ser capaz de tomar iniciativas propias. En estas comunidades se recurre a todos los medios para impedir y bloquear la libertad del usuario a cualquier nivel que pueda expresarse; por este motivo todas las actividades se disponen rígidamente y al usuario se le impide cualquier iniciativa autónoma tanto en lo referente a la vida comunitaria como a los contactos con el exterior.

En las comunidades terapéuticas definidas como *abiertas*, la atmósfera parece, en cambio, completamente diversa. En ellas no hay casi nada de la rígida estructuración jerárquica de las comunidades terapéuticas cerradas.

Los modelos abiertos abarcan cualquier tipo de intervención centrado en la importancia de las relaciones interpersonales y de grupo; las modalidades de participación son de lo más variados y la frecuencia de interacción entre el sujeto y la comunidad terapéutica abarca desde el simple pasar por ella hasta una permanencia más o menos temporal. En síntesis, el elemento que caracteriza y diferencia a la comunidad terapéutica abierta de otros grupos de organización es el intercambio con la comunidad a la que pertenece el individuo y con los servicios con ella vinculados.

### **Comunidades explícitamente terapéuticas e implícitamente terapéuticas**

Una interesante distinción la presenta un trabajo de Costantini y Mazzoni, en el que se trata de enfatizar el tipo de experiencia que se ofrece al usuario, distinguiendo el objetivo que la comunidad terapéutica se propone. A este propósito, las autoras hacen una distinción entre

comunidades terapéuticas explícitamente terapéuticas e *implícitamente terapéuticas*. Entre las *primeras* se incluyen aquellas comunidades terapéuticas que se presentan ante el tóxicodependiente con una estructura transitoria y con tiempos y fases más o menos rígidamente establecidos, en las que todos siguen un programa terapéutico como preparación a una fase de “reingreso” en la “ciudad”. Entre las *implícitamente terapéuticas* se encuentran, en cambio, las comunidades terapéuticas que se presentan como propuestas alternativas de vida y que requieren, por tanto, una auténtica “opción de vida”. La entrada en estas comunidades terapéuticas comporta vivir y trabajar conjuntamente, en una micro-sociedad estructurada que no prevé una fase de “desenganche”; y la “reinserción”, cuando se lleva a cabo, se hace de manera no programada.

Las diferencias entre estas comunidades terapéuticas, como comentan las autoras, repercuten obviamente también en el plano de la organización; las *explícitamente terapéuticas*, por ejemplo, hacen una selección inicial a fin de establecer un contacto terapéutico y una evaluación acerca de las motivaciones del solicitante; en esta fase se le informa acerca del programa, así como sobre los tiempos necesarios para completarlo. Desde el primer momento en que entra en estas comunidades terapéuticas está llamado, por tanto, a hacer una opción consciente y a asumir el compromiso de llevar a término el trabajo emprendido.

En las comunidades terapéuticas definidas como *implícitamente terapéuticas*, por el contrario, la admisión se hace con base en la disponibilidad que la comunidad terapéutica tiene de aceptar a otra nueva persona; no se prevé un tiempo estandar de estancia en la comunidad terapéutica; el punto central de la intervención terapéutica consiste en ofrecer la posibilidad de experimentar nuevas relaciones interpersonales; la organización en sentido comunitario sustituye a la comunidad de procedencia del tóxicodependiente. También en estas comunidades terapéuticas el toxicodependiente debe aceptar nuevas normas, reglas nuevas y un nuevo modo de vivir: en realidad el sujeto se adhiere a una auténtica filosofía de vida, que determina la organización de la comunidad terapéutica. De ese modo, vivir, elaborar críticamente, “metabolizar” su propia “diversidad” en sentido positivo y constructivo, puede llevar al toxicodependiente a identificarse terapéuticamente con la comunidad terapéutica misma.

## Comunidades de comportamiento, desbloqueo-nutrición, comprensión

Otra clasificación que hay que tomar en consideración es la proporcionada en la “tipología de las comunidades para tóxicodependientes”, en el marco del “proyecto encaminado a la medicina preventiva y rehabilitativa” del CNR (Consejo Nacional de Investigación italiano. *N.d.R.*).<sup>14</sup>

La investigación se inició en 1984 con el censo de las comunidades terapéuticas de Lombardía. En la base de esta investigación estaba la necesidad de obtener indicadores útiles para evaluar la operatividad de las mismas comunidades terapéuticas.

La encuesta estudió 63 comunidades terapéuticas y reiteró “la imposibilidad de definir una labor de producción de las comunidades estrictamente terapéutica, capaces de abarcar todas las situaciones de organización”, definiendo asimismo como tarea de producción general (objetivo general, y por tanto definición configurativa general) de todas las comunidades terapéuticas examinadas: “hospedar a adolescentes y adolescentes en su primera juventud que presentan diversos trastornos de comportamiento y en estado toxicomaniaco en un lugar que no agrave, sino que contenga y atenúe tales trastornos”. Las tipologías individualizadas por esta investigación se articulan en tres sectores.

El primer modelo es la comunidad terapéutica orientada a la *transmisión-imposición de modelos de comportamiento* adecuados al objetivo explícito de reeducar al tóxicodependiente, corrigiendo o acabando con sus “partes malas”. El instrumento para llegar a la reeducación es en tales comunidades el trabajo duro, considerado educativo en sí, junto con el sometimiento a las reglas. Los agentes de estas comunidades terapéuticas son en general ex tóxicodependientes; el modelo al que se remiten las comunidades terapéuticas es el convento, la familia patriarcal o la milicia.

En la intervención orientada a *desbloquear* o *nutrir* se plantea como objetivo proporcionar los instrumentos para el crecimiento del huésped mediante la transmisión de nociones, emociones, experiencias, y mediante el impulso hacia ideales positivos de vida. Los agentes de estas comunidades terapéuticas pueden ser también profesionales, pero esto no es indispensable, puesto que lo fundamental es el modo de “ser” y de “motivar”. El modelo al que estas comunidades terapéuticas se remiten es el de la familia de camaradas.

En la intervención orientada a la *comprensión* de los comportamientos, el objetivo primario es conocer y comprender al sujeto huésped, apoyándolo en los momentos más regresivos; la atención se dirige siempre a lo realmente específico de cada uno de los sujetos. El modelo al que puede asociarse esta comunidad terapéutica es un lugar organizado de vida, lugar social que responde a las carencias vivenciales que los sujetos han experimentado en su vida con un artificio construido a propósito y predispuesto para un trabajo terapéutico.

### **Comunidades orientadas, experienciales, de primera ayuda**

Con relación a las modalidades de organización de la vida al interior de una comunidad terapéutica, se ha propuesto asimismo una clasificación que distingue:

a) comunidades con un programa general históricamente definido, a las cuales llegan sujetos oportunamente seleccionados y considerados adaptables a él;

b) comunidades sin un programa definido, pero atentas a las múltiples experiencias ya consolidadas;

c) comunidades de primera ayuda, cuya finalidad primaria es la de ayudar al tóxicodependiente sin dedicar particular atención al plan metodológico a adoptar.

### **Comunidades pluricelulares y unicelulares**

Teniendo en cuenta sólo las realidades que han acogido a tal número de toxicómanos que se han vuelto un punto de referencia metodológica, una subdivisión que podría adoptarse para un ulterior esclarecimiento en el sector comunitario privado es mudable por la biología, la de:

— *organismos pluricelulares*, constituidos por varias unidades repartidas incluso en diversas regiones pero unidas por un único proyecto y programa, aunque adaptado a las diversas realidades: CEIS (Centro Italiano de Solidaridad), Comunidad Encuentro, Mondo x;

— *organismos monocelulares*, comunidades formadas por una única célula (a menudo mastodóntica), en la cual en torno a la actividad de

auténtica asistencia gravita toda una serie de otras actividades consiguientes o encaminadas a ella: Grupo Abele, San Patrignano.

## Conclusiones

Actualmente, bajo el término de comunidad terapéutica se agrupan genéricamente una serie de realidades que, si por una parte corresponden todas a la definición general arriba citada, sólo por necesidad de esquematizar pueden ser asimiladas en una única categoría.

Las diversas definiciones de comunidad sobreentienden diferencias operativas, modelos de referencia diversos e incluso diferentes objetivos terapéuticos y a menudo interpretaciones variadas de la problemática vinculada a la droga. Mientras, por una parte, todo ello impide su clara y definida clasificación, por otra reclama la necesidad de observatorios fácilmente accesibles, con bancos de datos a disposición de los agentes sociales, que permitan una acogida del toxicodependiente organizada no sólo con base en las disponibilidades de las diversas comunidades terapéuticas, sino también a las características peculiares de la comunidad consideradas en relación con la personalidad del sujeto al que hay que orientar hacia una de ellas.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> ANDREOLI V., *Compiti e limiti delle scienze nelle tossicodipendenze*, en ID (a cargo de), *La droga*, Le Scienze quad. 12, 1987.

<sup>2</sup> RUDAS N., citado por M. P. La Guaita, en *La Comunità Terapeutica*, Milán: Ed. Univ. Jaca, 1988.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> BRIGGS D., *La comunità terapeutica: conversazione con Maxwell Jones*. Roma: Edizioni CEIS, 1988.

<sup>5</sup> MANNAIONI P. F., *Le tossicodipendenze*. Padua: Piccin Editore, 1980.

<sup>6</sup> KOHLER W., *La psicologia della Gestalt*. Milán: Feltrinelli, 1962.

<sup>7</sup> PICCHI M., *Segni dei tempi*. Il Delfino 1985; 1: 21-23.

<sup>8</sup> PICCHI M., prólogo a: CEIS-P.U.G., *I Religiosi di fronte alla droga - Indagine conoscitiva*. Roma: Edizione CEIS, 1976.

<sup>9</sup> IRPEOS, *Annuario 1986 sulle tossicodipendenze*. Milán: Franco Angeli, 1986.

<sup>10</sup> Logos Ricerche, *Arcipelago droga: indagine conoscitiva dal 1960 al 1987*. Edición a cargo

## LA COMUNIDAD TERAPEUTICA PARA TOXICODEPENDIENTES

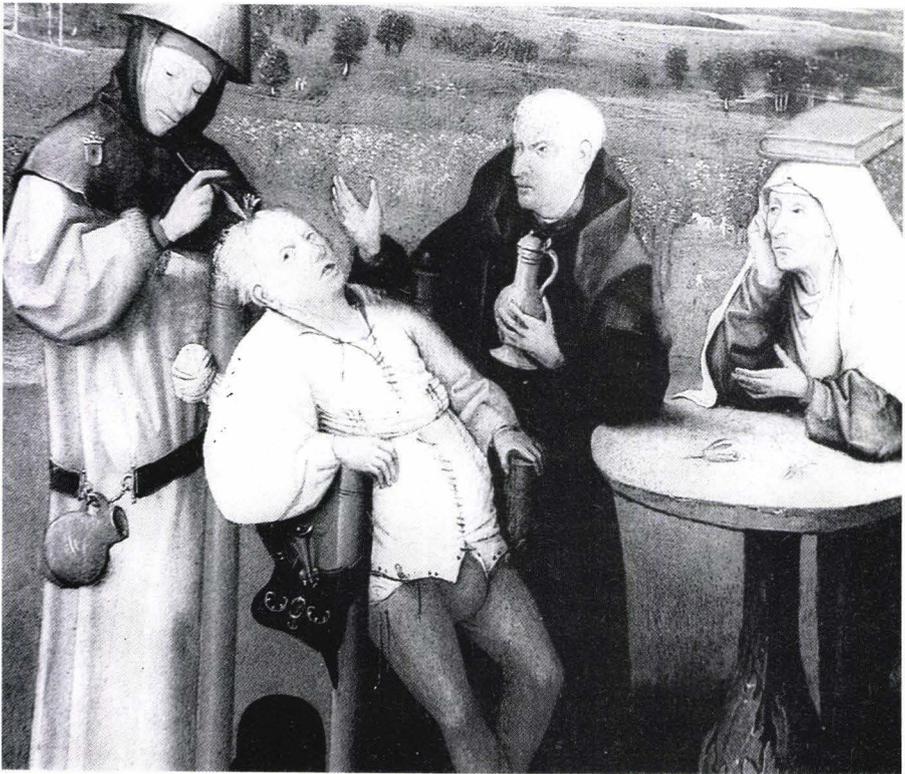
del Consejo Regional del Lazio, Provincia y Ayuntamiento de Roma. Roma, 1988; AA.VV., *Pratica e istituzioni nelle C.T. per tossicomani*, Riv. di serv. soc., n. 1, 1979.

11 AA. VV., *Che cos'è la comunità terapeutica.*, Il Delfino, Año XI, supl. al n. 5, septiembre-octubre 1986.

<sup>12</sup> Observatorio permanente sobre el fenómeno de la droga: toxicodependientes en tratamiento en las estructuras sanitarias públicas y las comunidades terapéuticas residenciales, Ministerio del Interior, Roma: 1989; Observatorio permanente sobre el fenómeno de la droga: censo de las estructuras sanitarias públicas y de las estructuras sanitarias públicas y socio-rehabilitativas, Ministerio del Interior. Roma: 1990.

<sup>13</sup> COSTANTINI M., MAZZONI A.. *Le C.T. per tossicodipendenti*, Roma: NIS, 1984.

<sup>14</sup> AA. VV., *Tipologia delle comunità per tossicodipendenti*, Florencia: Progetto finalizzato medicina preventiva e riabilitativa del CNR, Actas de la reunión, 1985.



La cura del loco o extracción de la piedra de la locura,  
Hieronymus Bosch, 1490



Milagro del transplante de extremidad por los santos del cosmos y Damián,  
Anónimo, 1500.

# Intervención cardioquirúrgica en el tóxicodependiente con endocarditis

*Raffaele Manna,\* Marietta Cascio\*,  
Antonio G. Spagnolo\*\**

## Resumen

*Los autores presentan el caso clínico de un hombre de 37 años con una historia de toxicodependencia intravenosa que es hospitalizado con un diagnóstico de endocarditis bacteriana, y para el cual se perfila la necesidad de una intervención cardioquirúrgica de sustitución de válvula.*

*El equipo cardioquirúrgico convocado a consulta se muestra perplejo ante una intervención eventual por cuanto que ésta presenta efectivamente muchos riesgos; las posibilidades de recidiva son elevadas; y, sobre todo, el paciente es indigente y no tiene posibilidad de correr con los altos costos que la intervención y los cuidados postoperatorios comportan.*

*El examen de los datos clínicos y de los valores éticos en juego hacen concluir a los autores que se da aquí una indicación terapéutica muy precisa para la intervención cardioquirúrgica, como única posibilidad de salvar al paciente, y que el proceso de decisión médico no puede estar influido por las condiciones económicas del paciente.*

*Los autores examinan, finalmente, las diferentes posiciones que aparecen en la literatura sobre el tema de la ética y de la economía sanitaria.*

\* Instituto de Clínica Médica y \*\* Centro de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli". Universidad Católica del Sagrado. Corazón, Roma.

### El caso clínico<sup>1</sup>

Un hombre de 37 años, con una historia de tóxicodependencia intravenosa y de alcoholismo, es hospitalizado después de registrar durante una semana 40°C de fiebre, dolor en el cuadrante abdominal superior derecho, ictericia y pérdida de peso. De diez exámenes de hemocultivos, siete resultan positivos por la bacteria *Pseudomonas aeruginosa*. Se le diagnostica, pues, endocarditis bacteriana.

El ecocardiograma pone de manifiesto una gran formación vegetativa en la válvula cardiaca mitral que abarca tanto al seno anterior como al posterior.

Al segundo día de hospitalización las condiciones se agravan marcadamente. Y a pesar del tratamiento apropiado a base de antibióticos, persiste la temperatura alta y el estado neurológico se deteriora ulteriormente. Se llevó a cabo una punción lumbar, la cual puso de manifiesto la presencia de un proceso meningítico. Una tomografía axial computarizada (TAC) evidenció un infarto en el lóbulo temporal derecho con edema y una posible inicial herniación del uncus. Se comenzó una terapia con manitol, la cual mejoró de manera decisiva la función neurológica y el estado mental, de manera que el hombre pudo mantener una conversación con los médicos.

Al octavo día de estancia el paciente presentó un ataque de edema pulmonar agudo que requirió la intubación endotraqueal y un apoyo hemodinámico farmacológico con dopamina y dobutamina. Niveles presores llevados a cabo con una sonda *Swan-Ganz* y repetidos exámenes ecocardiográficos indicaban la presencia de una marcada insuficiencia de la válvula mitral.

La consulta cardioquirúrgica solicitada para evaluar la posibilidad de una sustitución valvular comprueba que: 1) la intervención quirúrgica es muy arriesgada al estar el paciente incluido en la "Clase V" N.Y.H.A. (*New York Heart Association*) y es necesario que los familiares a los que se pediría el consentimiento se dieran cuenta de este riesgo quirúrgico; 2) el "costo" económico de la intervención y del postoperatorio es muy elevado y el paciente está cubierto desde el punto de vista asistencial solamente por el *Medic-Aid* (el Fondo Sanitario público norteamericano que subvenciona únicamente algunos gastos sanitarios para los indigentes que no tengan posibilidad de suscribir un seguro privado); 3) aunque el

paciente fuera sometido a la intervención de sustitución valvular, su persistencia previsible en la toxicomanía llevaría seguramente a una recidiva de la infección de la válvula artificial haciendo inútil la misma intervención quirúrgica.

Ante este caso surgen algunos puntos de reflexión: *a)* ¿están justificadas, en el plano de la ética clínica, las intervenciones médicas ya efectuadas?; *b)* ¿es justificable y necesaria en el plano clínico la intervención de sustitución valvular? *c)* ¿cuál es el deber primario en el plano clínico y ético de los médicos en este caso?; *d)* si la protección de la salud es un derecho originado sobre la base de las necesidades del paciente, el hecho de que esta necesidad surja de la elección voluntaria del paciente con un estilo de vida de riesgo, ¿modifica la entidad del derecho mismo?; *e)* ¿cuál es el deber primario de la sociedad respecto de estas necesidades del individuo?

### Examen de los datos médico-científicos<sup>2</sup>

En lo referente al aspecto diagnóstico del caso, hay que aclarar ante todo que el aislamiento mediante hemocultivo de una microbacteria Gram negativa (*Pseudomonas aeruginosa*) en un paciente adicto a drogas endovenosas y con signos clínicos y ecográficos de endocarditis permite hacer un diagnóstico cierto de endocarditis bacteriana.<sup>3</sup>

Los signos de la insuficiencia ventricular izquierda (edema pulmonar) y el dato de la necesidad de dopamina para superar tal condición, juntamente con el hallazgo ecográfico de insuficiencia mitral severa permiten afirmar la existencia de una complicación de la endocarditis bacteriana como la rotura de la válvula mitral.<sup>4</sup> Resulta que el paciente está incluido en la clase funcional V N.Y.H.A., determinándose el máximo trabajo cardiaco ya en reposo, con peligro de muerte repentina. La gravedad de la enfermedad se deriva de este factor y de la existencia también de una complicación de la endocarditis, como es la embolia cerebral.

En el plano terapéutico la rotura aguda de la válvula mitral, con la consiguiente insuficiencia cardíaca repentina, prescindiendo de la causa, requiere normalmente la intervención quirúrgica de sustitución de la vál-

vula con una prótesis mecánica;<sup>5</sup> el tratamiento exclusivamente médico no permite la reparación del daño y la terapia con dopamina en inyección intravenosa se puede proponer sólo como remedio hospitalario temporal (pocos días) a la espera de todos modos de una corrección definitiva. Para que se hagan realidad las condiciones de una terapia eficaz, la sustitución valvular quirúrgica presupone necesariamente la erradicación de la infección de la válvula mediante los antibióticos citados, sin los cuales incluso la prótesis estaría destinada a infectarse.<sup>6</sup> Hay que observar, sin embargo, que tampoco sobre esta erradicación existen garantías absolutas, siendo posible la persistencia del germen en zonas avasculares de la válvula, inaccesibles por los antibióticos.<sup>7</sup> Las previsiones de éxito de la corrección quirúrgica son bastante buenas, con la reserva antes citada de la erradicación de la infección. No obstante, se debe hacer otra reserva: en el caso presentado no se habla de llevar a cabo la prueba para poner de manifiesto la infección por HIV en el sujeto que, al tener una historia de toxicoddependencia intravenosa, se presenta como de fuerte riesgo. Es verosímil que el test haya sido llevado a cabo y que haya resultado negativo; sin embargo, incluso en ausencia de una positividad actual, el paciente podría encontrarse, en el momento de la determinación de la prueba, en la fase llamada ventana inmunológica, es decir, en el período de cerca de dos meses después de la infección por HIV en la que no se presentan todavía los anticuerpos anti-HIV. Si nuestro paciente desarrollara la inmunodeficiencia por HIV, después de la intervención quirúrgica, las probabilidades de infección de la válvula serían sumamente altas y la intervención podría resultar inútil. Para superar este problema podría proponerse utilizar como período de espera el tiempo necesario para el saneamiento antibiótico. No obstante, incluso la espera podría resultar contraproducente respecto de la situación cardíaca; en nuestro caso, en efecto, los datos del paciente evidencian una dependencia de la dopamina con vistas a la compensación hemodinámica cardíaca y, por tanto, imponen la necesidad de una corrección inmediata, sin esperar a más.<sup>8</sup>

En general, por consiguiente, la terapia exclusivamente farmacológica no puede resolver de manera definitiva la enfermedad, cuya historia natural es incompatible con una supervivencia de más de uno o dos meses.<sup>9</sup> El tratamiento quirúrgico, por el contrario, con la reserva de una efectiva erradicación de la infección y de la real seropositividad por HIV

del paciente, se plantea como el único capaz de resolver la situación patológica.<sup>10</sup>

Después de la intervención quirúrgica el paciente podrá llevar una existencia casi normal, con una expectativa de vida que se puede sobreponer al promedio;<sup>11</sup> el único inconveniente está relacionado con el hecho de que el paciente deberá tomar constantemente un medicamento anticoagulante (un dicumarol) —que comportará un control mensual de algunos parámetros de la coagulación (tiempo de protrombina)— y estará expuesto a un riesgo mínimo de hemorragia (por el uso de anticoagulantes) que se calcula del orden de 1 por mil.<sup>12</sup> Habitualmente, este riesgo es considerado aceptable ya respecto del representado por la persistencia de un daño valvular de grado medio no tratado quirúrgicamente. En nuestro caso, en el que la insuficiencia valvular es de grado severo, se pone de inmediato en evidencia la conveniencia de la intervención quirúrgica de sustitución valvular, a tal grado que esta situación en sujetos no adictos a la droga por vía endovenosa habría constituido un elemento decisivo de elección en favor de la sustitución de la válvula.

En cuanto al riesgo de la intervención cardioquirúrgica, hay que recordar que el riesgo de isquemia cardiaca no existe en este paciente, joven todavía y, como tal, presumiblemente exento de coronopatías; existe, en cambio, el riesgo de: 1) arritmias en un corazón descompensado y bajo tratamiento dopaminérgico —y por tanto potencialmente arritmógeno; 2) sobreinfección de la prótesis, puesto que se debe intervenir en un momento en que no existe certeza absoluta de la erradicación de la infección.<sup>13</sup> La primera contingencia puede ser positivamente enfrentada con vigilancia continua y un tratamiento antiarrítmico inmediato en una Unidad de Terapia Intensiva, en las que estos pacientes son habitualmente monitoreados. La segunda contingencia es ciertamente posible, en cuanto que el tiempo necesario para la erradicación de una infección (en general 30 días de terapia antibiótica por transfusión continua) no parece en este caso compatible, como se ha dicho, con la urgencia. La importancia de este punto es subrayada también por el hecho de que la eventual sobreinfección de la prótesis puede resultar virtualmente incurable.<sup>14</sup> En conclusión, sin embargo, a pesar de los riesgos, la intervención quirúrgica en este paciente sigue siendo la única posibilidad de mejorar cualitativamente y a largo plazo su vida.

## Identificación de los valores en juego

Nuestro paciente presenta todas las características del paciente "difícil": tiene una enfermedad muy grave que requiere de una prolongada estancia y terapias intensivas en estructuras especializadas; es un tóxicodependiente y esta condición podrá inficionar irreversiblemente la intervención terapéutica que su situación requiere; pero sobre todo es un paciente indigente que no puede pagar los cuidados necesarios y tampoco tiene un seguro que pueda cubrir estos gastos. Es el típico paciente de nuestros días difícil e incómodo, característico particularmente de las organizaciones sanitarias de tipo liberal, como las de muchos Estados norteamericanos, y no ya el paciente con desórdenes de la personalidad o con un comportamiento autodestructivo o con patologías crónicas, como era en el pasado. Este hecho pone en juego, pues, todo el problema del encuentro entre profesión médica y sociedad en relación con la organización de los servicios, pero antes aún apela al significado de la profesión médica y a los principios esenciales que deben inspirarla.

En este ámbito de conflicto entre economía y salud hay que reiterar que la ética y la deontología médica representan las fronteras de la autonomía de la profesión médica frente a las presiones ideológicas y sociales y expresan el derecho del médico a seguir prestando el servicio prioritario al paciente. Es el mejor interés del paciente el que debe seguir constituyendo la autoridad en medicina, autoridad que está enraizada en el conocimiento y el juicio clínicos, y no ciertamente en las condiciones económicas del paciente, las cuales deberían tomarse en consideración, eventualmente, a nivel de las opciones sociopolíticas y de legislación y no de los estudios de los médicos, de los ambulatorios ni, mucho menos, de los quirófanos o de las salas de terapia intensiva.

Y es precisamente el conocimiento y el juicio clínico derivados del examen de los datos médico-científicos los que pueden dar ya una respuesta, incluso de naturaleza ética, a los primeros tres interrogantes que surgen en el caso presentado. Se puede, pues, considerar que: *a)* pueden estar ciertamente justificadas las intervenciones médicas ya efectuadas respecto del paciente, y al evaluar también su peculiar situación de toxicodependiente no se ha tratado absolutamente de encarnizamiento terapéutico; *b)* también en el plano ético resulta

justificable y necesaria la intervención de sustitución valvular en cuanto que es la única intervención que ofrece las mayores posibilidades de mejorar la calidad y la esperanza de vida del paciente; c) el deber primario en el plano clínico y ético de los médicos, en este caso, es el de ofrecer, en ciencia y conciencia, a la luz del principio terapéutico, la mejor —y en este caso la única— terapia apropiada a la específica condición morbosa del paciente que es precisamente la intervención cardioquirúrgica de sustitución valvular, prescindiendo de la condición de tóxicodependencia, que deberá ser examinada, eventualmente, en una fase posterior a la intervención misma.

Ciertamente, el médico desempeña asimismo una función en la organización de los servicios sanitarios, en el sentido de que sus decisiones diagnóstico-terapéuticas son importantes también para una correcta distribución de los recursos económicos en el campo sanitario. Por ejemplo, cuando el mismo diagnóstico y la sucesiva intervención terapéutica pueden llevarse a cabo de manera óptima con un número limitado de exámenes instrumentales y con medicamentos de bajo costo, es deber ético del médico buscar este comportamiento y, por consiguiente, también su decisión clínica se encuentra en sintonía con la exigencia de contener los gastos sanitarios.

Hoy, ciertamente, la confrontación entre economía y salud resulta muy difícil en el plano ético en cuanto que algunas situaciones sociales han agudizado lo que significativamente se ha definido como “paradoja médica”, en el sentido de que el progreso médico ha aumentado el número de personas que se encuentran en una condición de dependencia de la intervención sanitaria.<sup>15</sup> Estas situaciones se han identificado por un lado al afirmarse, a partir de los años setenta, la concepción del *Welfare State*, esto es, de la asistencia sanitaria proporcionada por el Estado lo más gratuita y accesible posible a los menos habientes, y esto evidentemente con un incremento notable del gasto público. Por la otra, el progresivo envejecimiento de la población, con el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas, y la aparición de nuevas enfermedades debidas a opciones de vida de riesgo (SIDA, droga, alcoholismo, tabaco, etcétera). A estas dos situaciones deben añadirse la difusión del culto a la salud y de los “deseos” en el campo sanitario (modificación del sexo, hijo a toda costa, etc.) con unos requerimientos de utilización de tecnologías cada vez más sofisticadas y costosísimas.

Los problemas que se plantean, pues, a la atención tanto de los economistas como de los especialistas en ética en el campo sanitario son diversos: se trata fundamentalmente de cómo hacer frente a la necesidad que se perfila de tener que limitar el gasto sanitario, dada su expansión como consecuencia de las situaciones arriba indicadas. Está luego el problema de cómo armonizar la mentalidad económica y las exigencias éticas de justicia social en relación con esta necesidad de limitar los gastos. También, qué elementos de prioridad deberían tomarse en consideración frente a una limitada disponibilidad de recursos; y, en el caso particular de gastos sanitarios debidos a patologías que los pacientes mismos han contribuido significativamente a determinar, cuál es el peso que debe soportar el Estado. Finalmente, el problema de la oportunidad de someter a evaluación económica una posible intervención clínica, pidiendo al clínico tener en cuenta el parecer del economista.

En este aspecto, limitaremos nuestras reflexiones a los puntos que más directamente conciernen al caso clínico examinado, en particular los últimos tres, remitiendo para el tema general de la ética, la economía y la salud a tratados específicos.<sup>16</sup>

El llamado a una mayor justicia social en el campo sanitario lo han hecho recientemente incluso algunos miembros del *Hastings Center*<sup>17</sup>, partiendo de la comprobación de la gran desigualdad que caracteriza, por ejemplo, al contexto específico del sistema sanitario norteamericano. Las políticas de contención del gasto sanitario se están aplicando en Estados Unidos, buscando lograr dos objetivos principales: limitar, por un lado, cada vez más los servicios gratuitos asegurados por el Estado, obligando así a los ciudadanos —que pueden pagar— a recurrir a formas privadas de seguro; por el otro, hacer cada vez más conscientes a los usuarios, mediante esta privatización, del costo de los servicios sanitarios, alentándolos a reducir la utilización de los servicios mismos. Bayer y colaboradores, aun reconociendo que una de las causas de la crisis económica del país estriba en un excesivo gasto sanitario, consideran que las medidas adoptadas no hacen sino exacerbar la desigualdad de los ciudadanos frente al bien de la salud, cuya protección es un derecho primario. Con la privatización de la asistencia médica los cuidados resultan, efectivamente, unos auténticos “lujos” que se pueden permitir los que tienen la posibilidad económica de pagar las primas de seguros, cada vez más altas, en vez de un bien social básico como son la educación

o la defensa. Proponen, por tanto, algunas indicaciones a fin de hacer realidad una mayor justicia que asegure incluso a los indigentes algunos estándares de intervenciones terapéuticas; analizando los fundamentos éticos relativos a lo que se debe considerar como “necesidad médica” —esto es, si cualquier tratamiento que la medicina puede ofrecer, sin considerar las perspectivas de éxito y los costos, o sólo aquellas intervenciones de eficacia comprobada y que implican un costo racional—, se orientan hacia esta segunda interpretación de “necesidad médica” y este estándar debería ser garantizado tanto por el servicio público como por el privado. Estos autores, sin embargo, dejan sin responder una serie de interrogantes como, por ejemplo, si los trasplantes de órganos deben estar considerados en el ámbito de los tratamientos ordinarios o no, o también las intervenciones de terapia intensiva neonatal, las terapias de sostenimiento vital y todos los demás medios puestos a disposición por la medicina más avanzada. El riesgo es que sean las ideologías, más que rigurosos análisis objetivos —fundamentados incluso en datos antropológicos sobre el valor de la persona en todas las fases de su vida— las que pueden indicar, en una especie de tácito acuerdo social, qué se debe entender por “necesidad médica”. En esta eventualidad, por lo demás no ajena a diversos contextos socio-sanitarios contemporáneos, las situaciones clínicas de los más débiles (los ancianos, los enfermos crónicos, los discapacitados, los embriones) ¡corren el riesgo de no tener estas necesidades!

También para otros autores<sup>18</sup> el problema de la justicia en la distribución de los recursos públicos en el campo sanitario implica la cuestión de la determinación del nivel de los cuidados a los que todos los ciudadanos tienen derecho, aun cuando en estas discusiones falta a menudo la referencia a grupos particulares de ciudadanos con particulares enfermedades, considerando el problema sólo desde el punto de vista de los destinatarios en general. Es éste el motivo del porqué se puedan dar tan grandes diferencias sobre la distribución de los recursos públicos entre dos diversos Estados en orden a una misma patología. Es conocida, por ejemplo, la diferente política sanitaria entre Estados Unidos y la Gran Bretaña en relación a los últimos estadios de la insuficiencia renal crónica. Mientras en Gran Bretaña se han impuesto algunos límites de edad para aquéllos que pueden usufructuar la diálisis en el ámbito del servicio público, en el sistema sanitario norteamericano cualquiera

puede beneficiarse de la diálisis, independientemente de la edad. No parece, pues, que existan todavía teorías satisfactorias sobre la justicia en la distribución de los recursos en este campo.

En cuanto al derecho de los pacientes a la protección de la salud — es el cuarto de los interrogantes surgidos al hilo del examen del caso que nos ocupa— incluso cuando la necesidad surge de estilos de vida de riesgo, voluntariamente elegidos (como es la elección de drogarse, que en nuestro caso representa seguramente la causa de la aparición de la endocarditis mediante el uso promiscuo de jeringas), es interesante poner de relieve cuáles son las posiciones en la literatura, en orden, por ejemplo, a la justificación de las intervenciones del Estado para cuidar las enfermedades sexualmente transmitidas (EST). En tiempos de fondos limitados destinados al gasto sanitario, siempre en EUA, algunos políticos, pero también clínicos, adujeron diversos argumentos *contra* una intervención pública en estas enfermedades, que se pueden resumir en los siguientes:<sup>19</sup> 1) el acceso gratuito a las terapias desincentivaría cualquier prevención por parte del sujeto; y, más aún, 2) promovería aún más comportamientos irresponsables; 3) los fondos podrían ser mejor utilizados para acciones de carácter preventivo; 4) no se darían grandes amenazas para la salud pública en general al ser las “víctimas inocentes” un número limitado (las mujeres y los niños sometidos a abusos sexuales); y otros argumentos más. Por tanto, el tratamiento de las patologías que surgen de un comportamiento de riesgo-elegido libremente, como las EST, debería hacerse más oportunamente en el ámbito de la medicina privada (este tipo de razonamientos lo hacen algunos incluso para la epidemia actual del SIDA). Diversos son, sin embargo, los contraargumentos que de alguna manera justifican,<sup>20</sup> como nos parece éticamente más aceptable el hecho de que el Estado se haga cargo incluso de esas patologías, en cuanto que por principio debe intervenir donde existen sufrimiento y solicitud de ayuda.

Por consiguiente, el criterio que debe guiar las opciones de política sanitaria incluso en esas patologías en las que la responsabilidad del paciente es determinante en la génesis de la enfermedad misma, es el de la subsidiariedad, es decir, proporcionar la mayor ayuda allí donde más grave es la necesidad. En otras palabras —y es el último de los interrogantes suscitados por el caso—, es deber primario de la sociedad para con estas necesidades del individuo proporcionar los cuidados

adecuados a quien más necesidad tiene de cuidados y gastar más en quien más enfermo está.<sup>21</sup> Este principio de subsidiariedad es al que se debe dar cabida en cualquier elaboración teórica que sea verdaderamente justa y conforme con los derechos humanos.

Queremos recordar un último punto antes de sacar las conclusiones relativas al caso. Se trata de los diversos criterios que el médico puede adoptar al tomar decisiones en el plano clínico que tengan en cuenta también la limitación de los fondos sanitarios.

Están, ante todo, los *criterios de eficiencia*, predominantes sobre todo entre los economistas, pero también dentro de ciertas estructuras sanitarias, que se basan en el análisis costo/beneficio y costo/eficacia.<sup>22</sup> En el primer caso se monetarizan los beneficios que pueden obtenerse mediante la intervención médica —incluso el valor de la vida, los años de vida, la enfermedad, etc.— y sucesivamente se evalúa si tales beneficios pueden compensar los costos necesarios para obtenerlos. En el caso de la relación costo/eficacia el análisis sirve para dar prioridad a aquellos gastos que, a igual entidad, tienen una mayor eficacia, sin tomar en consideración necesariamente el valor económico de la vida y de la salud. Son muchos, sin embargo, los que consideran que estos criterios de eficiencia no bastan para resolver el problema de los recursos escasos, por lo que se invoça la referencia a criterios más estrictamente éticos. En el plano de una ética personalista resulta, en efecto, evidente que las relaciones arriba mencionadas tienen necesidad de algunas condiciones para ser correctamente aplicadas. Ante todo, los valores que se confrontan deben ser homogéneos: en relación con los beneficios y la eficacia para el hombre, se deben tomar en consideración costos humanos; en relación con los beneficios y la eficacia económica, los costos económicos. Además, los valores deben ser considerados refiriéndolos a la misma persona: si se calculan los costos para un hombre, los beneficios deben ser evaluados para el mismo hombre y no para otros. Finalmente, si precisamente la “conveniencia” debe ser encontrada en el ámbito de un conflicto entre valores no homogéneos, los costos deben ser considerados para el valor inferior (valores económicos), mientras los beneficios y la eficacia deben ser considerados para el valor superior (beneficios y eficacia para la vida y la salud). Ahora bien, resulta que<sup>23</sup> los economistas evalúan la “conveniencia” en relación a costos y beneficios *sociales*, esto es, referidos a toda la colectividad y no en relación a un individuo

o a un grupo de individuos. Está claro, pues, que la evaluación clínica del médico, referida a la situación de cada uno de los pacientes, que comporta intervenir con todo cuanto la medicina más avanzada pone a disposición a fin de devolverle la salud o salvarle la vida, no puede en sí conducir siempre a una decisión económica “racional”, sino ciertamente lo podrá ser desde el punto de vista ético si la intervención responde a criterios de *proporcionalidad terapéutica*. Es en este criterio, basado más bien en un cálculo riesgos/beneficios para el paciente, en el que, en definitiva, deberá fundamentarse la decisión del médico de intervenir en cada situación, representando el criterio más aceptable éticamente.

Por tanto, la evaluación económica no debe prevalecer sobre la clínica: debe más bien integrarla, proporcionándole elementos de juicio, sobre todo respecto a la relación costo/eficacia, dando paso a las razones de la persona en particular cuando es su vida y su salud las que en ese momento están en juego. No se deben confundir las funciones del economista y del clínico, sino que más bien hay que contemplar distintas competencias y respectivos ámbitos operativos, considerando que son dos los niveles en los que se ejerce o debería ejercerse el gobierno de las actividades sanitarias:<sup>24</sup> el de la *prestación de los servicios*, en la que ante una toma de decisiones los primeros en ser interpelados son el clínico y la razón clínica, y el de la *programación de su prestación*, en la que economistas y políticos deben enfrentarse a los recursos limitados distribuyéndolos de forma oportuna entre los diversos sectores, reservando al sanitario la disponibilidad necesaria, teniendo en cuenta también la posibilidad de que algunos ciudadanos puedan encontrarse en condiciones económicas en que estén en grado de pagar algunas prestaciones.

Sobre este tema, como se ve por una reciente publicación hecha en colaboración con el *Consejo de Europa*,<sup>25</sup> existe una disparidad entre el plano jurídico internacional y la deontología y las morales religiosas. En efecto, mientras se pone de relieve que no existen disposiciones internacionales que indiquen cuáles son las prestaciones que de todos modos deben ser garantizadas a cualquier persona, independientemente de sus posibilidades de pagar —y se apela por tanto a las leyes competentes de cada una de las naciones—, en el plano de la deontología médica la Asociación Médica Mundial ya en 1963 (en los *Doce Principios de Seguridad Social*) proclama la independencia técnica y moral del médico en proporcionar todas las prestaciones terapéuticas necesarias

para el paciente sin restricción alguna. En cuanto a la cobertura de los gastos necesarios, el Comité Permanente de los Médicos (Nuremberg, 1967) recuerda la obligación de los Estados de emanar disposiciones legislativas que aseguren a todos el acceso a los cuidados médicos necesarios.

En el plano de la moral, ya se ha recordado que a la luz del principio de subsidiariedad es absolutamente inaceptable que las condiciones económicas del paciente representen una limitación a la posibilidad de recibir los cuidados indispensables a su situación.

También para la religión judía, finalmente, las razones materiales no deben ser nunca un obstáculo para la prestación de los cuidados médicos necesarios.

### **La valoración ética del caso**

La consideración de los valores que salen a la luz en el caso en cuestión nos lleva a considerar que la referencia al costo económico de la intervención, para un paciente incapaz de pagar, no puede ser aceptada como criterio de decisión por el médico cuando éste se encuentra ante patologías complejas que requieren la utilización de todo lo que la ciencia pone a su disposición.

En el plano de los recursos disponibles, existía en el centro hospitalario en el que nuestro paciente estaba hospitalizado un departamento de cardiocirugía y, por tanto, había la posibilidad concreta de llevar a cabo la intervención requerida, tanto en relación con las instalaciones necesarias cuanto al personal, aun suponiendo todo ello un costo muy elevado. La falta de quien habría de soportar el peso de estos costos determinó el primer obstáculo para una toma de decisión “clínicamente orientada”. Pero para hacer reflexionar sobre la decisión a tomar pesó el hecho de que, a falta de una certeza de que el paciente desistiera de su habituación a la toxicoddependencia, éste habría podido prejuzgar el resultado de la intervención misma —con despilfarro en el plano económico— a causa del riesgo, como decíamos antes, de contraer infecciones bacterianas o virales.

En nuestro caso no se puede invocar ni siquiera la concomitancia de un conflicto en el ámbito de otros pacientes en lista de espera que requieren intervenciones costosas frente a recursos limitados; se sabe, en

efecto, que, por ejemplo en el caso de los toxicodependientes o de alcohólicos que están en lista de espera para un trasplante de hígado, en algunas instituciones se da preferencia a quien no tiene estas situaciones colaterales, a fin de que con el trasplante se obtenga el máximo de ventajas potenciales. Aquí se está ante un único paciente en el que la única terapia apropiada para su específica condición morbosa, prescindiendo de su toxicodependencia, es la intervención cardioquirúrgica de sustitución valvular y es esto lo que los médicos tienen el deber de hacer en una situación como ésta, incluso si la decisión puede resultar "irracional" en el plano económico.

Trasladado a otro hospital, nuestro paciente fue sometido a una intervención cardioquirúrgica al día siguiente de que comenzaran a empeorar las condiciones clínicas. Después de la apertura del tórax se le implantó en posición mitral una válvula artificial *Carpentier* n. 25. Un día después de la intervención necesitó una nueva toracotomía en relación con un sangrado postoperatorio que se produjo. Después de lo cual no se verificaron otras complicaciones y el paciente recibió durante seis semanas el tratamiento antibiótico. Seis de seis exámenes de hemocultivos que se le hicieron resultaron negativos y el hombre pudo volver a su casa con buena salud a la octava semana de la intervención.

(Los lectores que deseen intervenir acerca de este caso, considerando puntos de reflexión no desarrollados o indicando sus experiencias clínicas personales —aunque difieran de nuestra posición—, pueden escribir un breve texto a la Redacción de la Revista, que considerará la oportunidad de publicarlo).

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Tomado de LA PUMA J. y otros, *Ethics, Economics, and Endocarditis. The Physician's Role in Resource Allocation*. Arch. Intern. Med. 1988; 148: 1809-1811. El caso fue discutido en el Curso de Perfeccionamiento en Bioética de la Universidad Católica, en los años 1989/90.

<sup>2</sup> Para las metodologías de examen de los casos clínicos bajo el aspecto ético, remitimos a lo que se dice en la nota 2 del trabajo de SPAGNOLO A. G., DI PIETRO M. L., *Feto a rischio per iperplasia surrenalica congenita*. Medicina e Morale 1990, 4: 759-778.

<sup>3</sup> DREYER N. P., FIELDS B. N., *Heroin-Associated Infective Endocarditis*. Ann. Intern. Med. 1973, 78: 699.

## INTERVENCIÓN CARDIOQUIRÚRGICA EN EL TOXICODEPENDIENTE

- <sup>4</sup> MILLS J. et al., *Heart Failure in Infective Endocarditis: Predisposing Factors, Course and Treatment*. Chest 1974, 66: 151.
- <sup>5</sup> HANCOCK E. W. et al., *Valve Replacement in Active Bacterial Endocarditis*. J. Infect. Dis. 1971, 123: 106.
- <sup>6</sup> DISMUKES W. E. et al., *Prosthetic Valve Endocarditis*. Circulation 1973, 48: 365.
- <sup>7</sup> KANIS J. A., *The Use of Anticoagulants in Bacterial Endocarditis*. Postgrad. Med. J. 1974, 50: 312.
- <sup>8</sup> HURLEY E. J. et al., *Emergency Replacement of Endocarditis*. Am. Heart J. 1967, 13: 798.
- <sup>9</sup> *Ibidem*.
- <sup>10</sup> HANCOCK et al., *Valve Replacement...*
- <sup>11</sup> McNEILL K. M. et al., *Bacterial Endocarditis: An Analysis of Factors Affecting Long-Term Survival*. Ann. Intern. Med. 1978, 95: 448.
- <sup>12</sup> BRAUNWALD E., *Valvular Heart Disease*. En: E. Braunwald (ed.), *Heart Diseases. A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Filadelfia: W. B. Saunders Co. Publ. 1980, pp. 1095-1165.
- <sup>13</sup> DISMUKES et al., *Prosthetic Valve Endocarditis...*
- <sup>14</sup> BOGART D. B. et al., *Prosthetic Valve Endocarditis: Rewiewing the Problem*. Postgrad. Med. J. 1977, 62: 119.
- <sup>15</sup> LUCIONI C., *Economia e Salute*. Medicina e Morale 1986, 4: 777-786.
- <sup>16</sup> Un amplio capítulo sobre bioética, economía y salud, con numerosas referencias bibliográficas, aparece en el II volumen del *Manual de bioética* de E. SGRECCIA (en prensa, Editorial Vita e Pensiero, Milán; el volumen I, actualizado y adaptado al ámbito de Latinoamérica y España por el Autor, aparecerá en breve bajo el sello de Editorial Diana, México D.F. *N. del T.*). Cfr. también: Id., *Economia e salute: considerazioni etiche*. Medicina e Morale 1986, 1: 31-46; QUIE P. G., *Health Care Economics and Biomedical Ethics*. J. Infectious Diseases 1986, 153(3): 385-389; HANAU C., *Inserimento degli handicappati nella famiglia e nella società: aspetti economici e bioetici della assistenza sanitaria e sociale*. En: Sgreccia E. (a cargo de), *Handicap e società: aspetti bioetici*. Bolonia: Centro di Iniziativa Culturale 1988, pp. 101-114; BUCHANAN A., *Health-Care Delivery and Resource Allocation*. En: Veatch R. M. (ed.), *Medical Ethics*. Boston: Jones & Bartlett Publ. 1989, pp. 291-327.
- <sup>17</sup> BAYER R. et al., *Toward Justice in Health Care*. American Journal of Public Health 1988; 78(5): 583-588.
- <sup>18</sup> Cfr. por ejemplo BRODY B. A., *Justice in the Allocation of Public Resources to Disabled Phys.* Med. Rehabil. 1988; 69: 333-336.
- <sup>19</sup> CARLEN R., *Against Free for Sexually Transmitted Diseases*. N. Engl. J. Med. 1982, 307: 1350.
- <sup>20</sup> CATES W., *How Justifiable is Public Sexually Transmitted Disease Clinical Services?* JAMA 1986, 255: 1769.
- <sup>21</sup> El principio, o doctrina, de la subsidiariedad fue propuesto por la Encíclica *Quadragesimo Anno* de Pío XI, retomada luego por el Concilio Vaticano II en la *Gaudium et Spes* (nn. 29, 31, 63, 65), y sobre todo en las encíclicas de Juan XXIII *Mater et Magistra* (nn. 40-44) y *Pacem in Terris* (n. 74).
- <sup>22</sup> BUCHANAN, *Health-Care Delivery and Resource Allocation...*
- <sup>23</sup> ROSSI F., *Economia e salute: alcune considerazioni in merito*. Check-Up 1990, 77(III): 43-44.
- <sup>24</sup> *Ibidem*.
- <sup>25</sup> El Consejo de Europa, en el ámbito de la enseñanza superior y de la investigación ha preparado un manual en el que, comparativamente, se examinan los documentos relativos al ejercicio de la medicina (derecho internacional, derechos del hombre, códigos éticos y deontológicos, morales religiosas) aplicados, sucesivamente, a cerca de 150 situaciones concretas esquematizadas en forma de fichas. Cfr. INSTITUT INTERNATIONAL D'ÉTUDES DES DROITS DEL'HOMME - CONSEIL DEL'EUROPE, *Le médecin face aux droits de l'homme*. Padua: CEDAM 1990.
- <sup>26</sup> *Ibidem*. *Citizens*. Arch.



El apotecario, Pietro Longhi, 1752

# Resultados psicológicos e implicaciones éticas y asistenciales en los trasplantes cardíacos

*Antonio Puca\**

## Resumen

*Delirio, psicosis, ansiedad, depresión, labilidad emocional, desadaptación social y dificultades de integración sexual, son algunos de los fenómenos más frecuentemente observados en las diversas fases del trasplante cardíaco.*

*En esta colaboración el autor, apoyándose en la literatura respectiva, pone de relieve los posibles factores causales y las alteraciones psíquicas debidas al trasplante y/o a los estadios del protocolo: describe la reacción a los medicamentos, la trasmutación de la imagen corpórea y hace una revisión crítica de las reacciones psicológicas y psiquiátricas al trasplante y/o los factores concomitantes.*

*Partiendo de la descripción de las posibles modificaciones de la personalidad en los sujetos sometidos a trasplante cardíaco, el autor ofrece algunas indicaciones desde el punto de vista asistencial y ético.*

En las nuevas fronteras de la medicina moderna los trasplantes de órganos ocupan ciertamente un lugar relevante. Desde el principio una amplia literatura se ha venido ocupando de las técnicas quirúrgicas del trasplante, de la terapia inmunosupresora, de la determinación y

\* Instituto de Medicina Pública y de la Seguridad Social, II Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad de los Estudios "Federico II" de Nápoles (Dir.: Prof. Carlo Romano).

verificación de la muerte cerebral así como de otros problemas vinculados con el trasplante.

También la atención se ha centrado en este problema desde el punto de vista ético, estudiando la cultura de la donación, la relación costos-beneficios, la certeza de la muerte del donador en el caso de la donación "ex cadavere" o el respeto de la identidad del receptor.

Desde el punto de vista psicológico, finalmente, varios autores norteamericanos se han ocupado de las posibles modificaciones de la personalidad en los sujetos sometidos a trasplante. En nuestro país, por lo menos hasta ahora, no se ha prestado mayor atención a este último problema.

En este breve artículo pretendemos ocuparnos de los aspectos psicológicos del trasplante, desde el momento en que una correcta evaluación ética no puede dejar de tener en cuenta todos los factores que caracterizan a la persona, en este caso al receptor. Limitaremos nuestro estudio a las posibles modificaciones que se pueden advertir en los sujetos sometidos a trasplante de corazón, aun cuando pueden observarse también fenómenos análogos en los trasplantados de hígado y de riñón.

### **De las intervenciones a "corazón cerrado", al trasplante de corazón**

Ya desde los años cincuenta la atención de los psicólogos y de los psiquiatras, sobre todo en EUA, se centró en los fenómenos de alteraciones psíquicas que podían advertirse en los pacientes sometidos a intervención cardiaca.

Delirio, psicosis o ansiedad se registraban casi por doquier con mayor o menor intensidad, de tal manera que eran habituales las intervenciones de psiquiatras y/o psicólogos en las diversas fases de la operación.<sup>1</sup> También en un trabajo anterior nuestro<sup>2</sup> dejamos consignado cómo acto seguido de una intervención cardiaca fuimos advirtiendo modificaciones de la personalidad del paciente, sobre todo con manifestaciones de depresión, psicopatía, desadaptación social y dificultad de integración psicosexual.

Quedaba abierta la cuestión de cuáles y cuántas de esas modificaciones habría que atribuir a la intervención quirúrgica o a factores concomitantes. La misma cuestión se ha planteado para el trasplante cardiaco, objeto de estudio desde los años setenta en adelante, una vez que se llevaron a cabo los primeros trasplantes.

Seleccionando entre la amplia literatura al respecto, encontramos que podemos definir los posibles factores causales debidos a la intervención y/o a los estadios del protocolo y las respuestas comportamentales, las reacciones a los medicamentos, la trasmutación de la imagen corporal, una revisión crítica de las reacciones psicológicas y psiquiátricas al trasplante y/o a factores concomitantes, y las indicaciones desde el punto de vista asistencial y ético vinculadas con el trasplante de corazón.

### Los factores causales y las respuestas del comportamiento

Algunos posibles factores causales de las alteraciones psicológicas del paciente sometido a trasplante de corazón hay que atribuirlos a la posibilidad del rechazo, a la dependencia del médico y/o del medicamento, especialmente de la ciclosporina, al ambiente de aislamiento de la Unidad Coronaria Intensiva, etc.

A éstos hay que agregar otros factores, descritos por diversos autores, que se refieren a todas las fases del largo decurso por el que el paciente va pasando.

Un trabajo básico sobre las etapas del protocolo previsto para el trasplante de corazón es la investigación que llevaron a cabo W. F. Kuhn y colaboradores.<sup>3</sup>

Se han reportado observaciones psiquiátricas en 101 candidatos al trasplante de corazón (40 de los cuales tuvieron efectivamente el trasplante), en la Universidad de Louisville.

Durante la evaluación de los candidatos, el período de espera, el período postoperatorio, las biopsias, en episodios de rechazo, antes y después de darlos de alta, se registraron respuestas emotivas cuya inmensa mayoría, según Kuhn y colaboradores, aparecieron vinculadas al protocolo mismo más que a una psicopatología preexistente.

En las diversas etapas se advirtieron cambios afectivos y cognoscitivos, como ansiedad, depresión, ambivalencia, enojo, labilidad emocional, síndromes cerebrales agudos y crónicos, delirio, o suave demencia y problemas comportamentales vinculados con el tratamiento.

Las manifestaciones más frecuentes de cambio afectivo, cognoscitivo o comportamental se comprobaron durante el periodo de evaluación y el periodo de espera de la intervención, considerados por los autores

citados como los que mayormente incidieron en las modificaciones a nivel de la personalidad.

En otro trabajo, R. M. House y colaboradores dan detalles acerca de los fenómenos anormales tanto antes como después del trasplante.<sup>4</sup>

Antes de la intervención se registraron ansiedad, regresión, distorsión de la imagen corporal, síndromes mentales orgánicos, retrasos en el desarrollo, y conflictos conyugales.

Después de la intervención, euforia y bienestar, como consecuencia de la conciencia de que “una nueva oportunidad en la vida se les ha otorgado”,<sup>5</sup> pero también fenómenos de psicosis y otros desórdenes mentales, como delirios y obnubilación de la conciencia, de manera que requirieron el uso de neurolépticos (lorazepam, oxazepam), causa a su vez de otros desórdenes físicos y mentales.

Otros medicamentos, como por ejemplo la ciclosporina, se mostraron, además de neurotóxicos, nefrotóxicos y hepatotóxicos, como la causa de desórdenes mentales orgánicos, como demencia y delirio, angustia, depresión, desmoralización, agitación, irritabilidad y sensación de pérdida del control.

En especial, la irritabilidad, acompañada de depresión y desánimo en caso de complicaciones, se manifestó contra el personal médico y asistencial culpables de “no hacer lo suficiente”, convencidos de que “un error debió haber ocurrido para que sucedieran las complicaciones”.<sup>6</sup>

A éstos pudieron seguir otros fenómenos característicos, como rechazo, racionalización, fantasías, etc., mecanismos de defensa que no propiciaban el enfrentarse con la realidad, sino que más bien retrasaban el proceso de curación.

Después de ser dados de alta del hospital, se pudieron registrar también algunos efectos ambivalentes en las relaciones conyugales. Separaciones y divorcios, si el sujeto trasplantado era mujer; por el contrario, si el trasplantado era el marido, se advirtieron datos positivos en la relación matrimonial.

En el mismo estudio se evidencian comportamientos dictados por sentimientos de privación y hostilidad, vinculados al recuerdo de la pérdida del esposo/esposa “con buena salud”.<sup>7</sup> A éstos se acompañaban fenómenos de disfunción sexual (del 22 al 43 por ciento de los varones trasplantados) y dificultades concernientes a los problemas de una eventual procreación, por el riesgo de pre-eclampsias, infecciones, deterioro

de la función del órgano trasplantado, prematuridad, rechazo (9 por ciento en el embarazo).<sup>8</sup> Todos los aspectos encuentran confirmación de manera más o menos concordante en otros estudios, como los de Shapiro y Kornfeld<sup>9</sup> y otros que veremos a continuación.

### Las reacciones a los fármacos

En cambio, vinculados a los efectos de los esteroides y de otros medicamentos utilizados para los trasplantes están otros fenómenos estudiados también por R. M. House y colaboradores (Tabla 1).

Tabla 1

#### Efectos colaterales neuro psiquiátricos de los fármacos más frecuentemente utilizados en pacientes trasplantados

(De HOUSE y THOMPSON, *Organ Transplantation*, JAMA, 1988, vol. 260, n. 4, Julio 22/29.)

Medicamento	Efectos psiquiátricos colaterales
Corticoesteroides	Múltiples síntomas psiquiátricos, incluyendo depresión, irritabilidad, euforia, hiperactividad, delirio, psicosis aguda, y manía.
Ciclosporina	Confusión, ansiedad, depresión, temblor de reposo, irritabilidad, hipertricosis.
Azatioprina	Cuadro semejando meningitis en sistema nervioso central (raro).
Anticuerpo monoclonal OKT3	Meningitis aséptica, malestar general, y convulsiones.
Antihipertensivos	
Propranolol	Depresión, desorientación, labilidad emocional, obnubilación de la conciencia, insomnio, lasitud.
Guanetidina	Depresión, lasitud, inhibición de la eyaculación.
Metildopa	Depresión, psicosis, pesadillas, impotencia.
Hidralazina	Depresión, desorientación, ansiedad.
Clonidina	Depresión, ansiedad, insomnio, inquietud, impotencia
Diuréticos	
Reserpina	Depresión, letargo, cambios en el estado de ánimo, disminución de la libido.
Furosemide	Letargo, inquietud y somnolencia.
Analgésicos	
Morfina	Cambios en el estado de ánimo, euforia, obnubilación de la conciencia, dificultad para la concentración.
Meperidina	Agitación, alucinaciones transitorias, crisis mioclónicas.

Entre las patologías que describen, el delirio es el tipo más común de desorden mental que se desarrolla tras la intervención.

Otros episodios de depresión, ansiedad y confusión se pueden encontrar en los pacientes sometidos a terapia inmunosupresora, como la ciclosporina, la azatioprina, etc.

Resultados análogos reporta Freeman y colaboradores<sup>10</sup> (véanse tabla 2 y tabla 3).

En el mismo estudio se han encontrado alteraciones psicológicas tanto en la fase preoperatoria (ansiedad, síndromes mentales orgánicos, regresiones, conflictos conyugales), como después de salir del hospital (sentimientos de deprivación y hostilidad, negación, disfunciones sexuales, trastornos de la memoria, síndrome de Cushing).

Tabla 2

**Evaluación psiquiátrica preoperatoria: en transplante cardiaco**

(De FREEMAN A. M. y cols., *Cardiac Transplantation Clinical Correlates of Psychiatric Outcome*, en *Psychosomatics*, 1988, Invierno:vol. 29, n. 1: 47-53)

	n	%
Diagnósticos en el Eje I, DSM-III		
Transtorno de ajuste/ansiedad	10	14
Transtorno de ajuste/depresión	2	3
Transtorno de ajuste/mixto	8	11
Transtorno distímico	1	1
Transtorno de ansiedad generalizada	1	1
Transtorno mental orgánico mental/proceso adicional	2	3
Otros	2	3
Diagnósticos en el Eje II, DSM-III		
Con reservas	33	47
Sin reservas	19	27
No evaluados	18	26

*El cambio de la imagen corporal*

Un fenómeno psicológico totalmente singular, según el estudio de House y colaboradores, está vinculado al uso mismo de los órganos procedentes no sólo de donador vivo, sino también y sobre todo de donador muerto.

RESULTADOS PSICOLOGICOS EN LOS TRANSPLANTES CARDIACOS

En el primer caso pueden introducirse sensaciones de depresión y de carencia después de la intervención, si el donador, aun cuando haya donado espontáneamente, advierte una menor atención hacia él que hacia el receptor.

En el segundo caso los miembros de la familia del donador con muerte cerebral, advierten positivamente el hecho de la donación de los órganos y creen que su familiar “continúa existiendo a través de algún otro o, por lo menos, que la muerte puede servir para beneficio de otro”.<sup>11</sup>

Para el receptor, en cambio, la sustitución del propio órgano por un órgano ajeno puede causar episodios de delirio o de psicosis, debidos al cambio de la imagen corporal. Esto se comprueba sobre todo en el trasplante de corazón. El problema ha sido estudiado en varias ocasiones por P. Castelnuevo-Tedesco.<sup>12</sup>

Tabla 3

**Características clínicas de 70 pacientes con trasplante de corazón**

	n	%
Sobrevivientes	48	69
No sobrevivientes	22	31
Patología cardiaca		
Cardiopatía isquémica	19	27
Cardiomiopatía	48	70
Cardiopatía congénita	3	3
Fármacos Inmunosupresores		
Inmuran	17	24
Ciclosporina A	53	76
Prednisona	70	100
Recipientes de un corazón	65	93
Recipientes de dos corazones	4	6
Recipientes de tres corazones	1	1
Tabaquismo*	35	52
Alcoholismo*		
Ninguno	31	46
Leve/Moderado	24	35
Excesivo	13	19
Farmacodependencia*		

\* No existen datos para la variable en todos los pacientes. Los porcentajes se basaron en el número de pacientes en los que la información fué disponible.

Este autor explica el fenómeno de esta manera: “para todos el corazón es el órgano vital por excelencia y su disfunción conlleva el riesgo de muerte súbita. El corazón a diferencia del riñón es un órgano más relacionado con la imagen corporal, no sólo por su importancia (real e imaginaria), pero también por que su función es experimentada directamente”.<sup>13</sup>

En el caso estudiado de un hombre de 58 años se registraron varios trastornos, particularmente un episodio de psicosis del 20° al 34° día del curso postoperatorio seguido de una recuperación y de una complicación por rechazo.

Las manifestaciones de esta psicosis se pueden configurar como un apego libidinoso a la vida, por una parte; y por la otra, una negación evidente del peligro. Pero el hecho más notable fue el cambio de la imagen corporal.<sup>14</sup>

Los factores psicológicos significativos que contribuyen a estos trastornos postoperatorios, en éste como en otros casos, según el autor se pueden resumir en dos: el primero es que la situación de los trasplantes va acompañada del conflicto vida-muerte, desde el momento en que el trasplante es visto como “último recurso”; el segundo es que el órgano trasplantado es parte de otro ser humano que ha muerto o que (como en el caso de donadores de riñón) ha ofrecido uno de sus órganos para mantener en vida al paciente.<sup>15</sup>

Esto suscita en el receptor pensamientos de haber robado al donador partes vitales, y como resultado de ello el donador se ha muerto o ha sido perjudicado. Estos pensamientos, a su vez, originan regresión, culpas primitivas, temor de castigo y de represalias.<sup>16</sup>

Sustancialmente, ciertos autores subrayan también el hecho de que cuanto más vitales sean los órganos a trasplantar, tanto mayores serán los cambios de personalidad, “la personalidad y la auto-imagen se encuentran íntimamente involucradas con la imagen corpórea”.<sup>17</sup>

### **Revisión crítica de las reacciones psicológicas y/o psiquiátricas**

Una revisión crítica de estos y otros estudios la hizo H. S. Abram.<sup>18</sup> El autor propone que de los múltiples trabajos sobre el tema hay que sacar dos conclusiones. La primera es que se da una continuidad en las psicosis que aparecen después de las intervenciones cardíacas con temas emotivos

comunes, empezando desde la cirugía a “corazón cerrado” de los años cincuenta, a las de a corazón abierto de los años sesenta, y a las de trasplante de corazón de los años setenta.

La segunda es que la dicotomía entre los factores etiológicos “orgánicos” y “funcionales” es falsa y no necesaria, y que se dan múltiples elementos determinados que son causa de las psicosis y que van desde las diversas fases del protocolo hasta el miedo a la muerte, el ambiente en la Unidad de Terapia Intensiva, etc.<sup>19</sup>

La psicosis relacionada con la intervención cardiaca podría ser definida sintéticamente, según la expresión de Lazarus, como “un estado de desorganización del yo: un camino en común para la expresión de factores psicológicos, ambientales y orgánicos”.<sup>20</sup>

### **Los interrogantes desde el punto de vista asistencial y ético**

De todo lo dicho hasta ahora, se concluye que es más necesaria que nunca ante todo una oportuna prevención de los factores psicógenos y un cuidado de los trastornos relacionados con el trasplante de corazón. La presencia del psiquiatra y/o del psicólogo en el equipo del trasplante nos parece sumamente oportuna, y no secundaria respecto del resultado del trasplante mismo.<sup>21</sup>

Acompañar al paciente a lo largo de todas las diversas fases del protocolo, sobre todo durante la evaluación como candidato al trasplante y durante el periodo de espera, es tarea del psicólogo, así como de todos los componentes del equipo.

Lo mismo se requiere en el cuidado de los trastornos psicológicos y/o psiquiátricos. Ya se sabe cuán grande es el valor terapéutico de la sola presencia del agente sanitario. Hay que ir reconciliando poco a poco al trasplantado con el nuevo órgano, ayudarlo a reinsertarse en el tejido familiar y ambiental, recobrar su propia autonomía en sus dimensiones cognoscitivas, afectivas y comportamentales, orientarlo en el proyecto presente y futuro de su vida. No menor importancia parece tener la colaboración de los familiares y del asistente social en este decurso terapéutico, en beneficio del paciente.

Desde el punto de vista ético, hay que responder ante todo a la pregunta de si el trasplante de corazón respeta a la persona o al “ser

humano en su totalidad unificada o unitotalidad, o sea, en todos sus componentes y dimensiones, integrados y unificados inseparablemente en el yo personal”<sup>22</sup>

Ahora bien, en el marco ético del “respeto de la totalidad unificada de la persona” hay que prestar atención a las repercusiones más o menos profundas que los trasplantes pueden determinar en el mundo de la psique y de lo vivido.

Como dice D. Tettamanzi: “...persona es el ser humano en su totalidad unificada o unitotalidad, o sea, en todos sus componentes y dimensiones, integrados y unificados inseparablemente en el ‘yo’ personal... No es lícita la exclusiva atención al componente-dimensión ‘físico-corpóreo’ (*bios*) de la persona, olvidando o atenuando el interés por su componente-dimensión ‘afectivo’ (*psique*) y ‘espiritual’ (*anima*), en el contexto de la totalidad unificada o uni-totalidad que caracteriza inalienablemente a la persona como tal... También los aspectos psíquicos pertenecen al todo indiviso e indivisible de la persona y en ese sentido revisten una valencia ética”<sup>23</sup>.

Una de las cuestiones ligadas a los trasplantes es la alteración de la identidad del Yo personal del receptor.

En el caso del trasplante de corazón se ha comprobado que la identidad sustancial del Yo no sufre alteraciones, mientras resultan evidentes algunas modificaciones de la personalidad del paciente. Se requiere, pues, asegurarse de que el trasplante de corazón no se efectúe sin evaluar convenientemente los componentes psicológicos, orgánicos y ambientales que, como hemos visto, influyen en el sujeto receptor y que deben ser considerados como parte integrante de la intervención misma.

Finalmente, habrá que tener presentes otros requisitos que regulan bajo el aspecto ético otros tipos de trasplante, como la selección de los receptores, el consentimiento informado del donador y/o de los familiares, y sobre todo la certeza de la muerte cerebral del donador.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Cfr. por ejemplo Fox H. y otros, *Psychological Observations of Patients Undergoing Mitral Surgery. A Study of Stress*, *Psychosomatic Medicine* 1954, XVI (3): 186-208; BLACKY P. H. y

## RESULTADOS PSICOLOGICOS EN LOS TRANSPLANTES CARDIACOS

otros, *Post-Cardiotomy Delirium*, American J. Psychiatry 1964, 121: 371-375; KORNFIELD D. S. y otros, *Psychiatric Complications of Open-Heart Surgery*, The New England Journal of Medicine 1965, 273 (5): 288-292.

<sup>2</sup> PUCA A, *Indagine su eventuali modificazioni della personalità a seguito d'intervento cardiaco. Contributo alla analisi clinica*, Università degli Studi "La Sapienza" Roma, Facoltà di Magistero, Corso di Laurea in Psicologia, 1980 (tesis de doctorado).

<sup>3</sup> KUHN W. F. y otros, *Psychiatric Distress During Stages of the Heart Transplant Protocol*, J. Heart Transplant 1990, 9: 25-29.

<sup>4</sup> HOUSE R. M. y otros, *Psychiatric Aspects of Organ Transplantations*, JAMA 1988, 260 (4): 535-539.

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 537.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 538.

<sup>8</sup> *Ibidem*.

<sup>9</sup> SHAPIRO P. A., KORNFIELD D. S., *Psychiatric Outcome of Heart Transplantation*, 1990 (comunicación oral).

<sup>10</sup> FREEMAN A. M. y otros, *Cardiac Transplantation Clinical Correlates of Psychiatric Outcome*, Psychosomatics 1988, 29 (1): 47-53.

<sup>11</sup> HOUSE R. M. y otros, *art. cit.*, p. 536.

<sup>12</sup> CASTELNUOVO-TEDESCO P., *Psychoanalytic Considerations in a Case of Cardiac Transplantation*, en Arieti S (ed.), *The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy*, Nueva York: Basic Books, 1971: 336-352; Id., *Organ Transplant, Body Image, Psychosis*, Psychoanalytic Quarterly 1978, LXII: 349-363; Id., *Ego Vicissitudes in Response to Replacement or Loss of Body Parts. Certain Analogies to Events During Psychoanalytic Treatment*, *ibid.*, p. 381-397.

<sup>13</sup> *Ibidem*, p. 337-338.

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 348

<sup>15</sup> Id., *Ego and Replacement or Loss of Body Parts*, p. 383.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

<sup>17</sup> LUNDE B. T., *Psychiatric Complications of Heart Transplants*, American J. Psychiatry 1969, 121: 373.

<sup>18</sup> ABRAM H. S., *Psychotic Reactions After Cardiac Surgery. A Critical Review*, Seminars in Psychiatry 1971, 3 (1): 70-77.

<sup>19</sup> *Ibidem*, pp. 76-77.

<sup>20</sup> LAZARUS H. R. y otros, *Prevention of Psychosis Following Open Heart Surgery*, American J. Psychiatry 1968, 124: 1195.

<sup>21</sup> Cfr. MAI F. M. y otros, *Psychiatric Aspects of Heart Transplantation: Preoperative Evaluation and Postoperative Sequelae*, British Medical Journal 1986, 292: 311-313.

<sup>22</sup> TETTAMANZI D., *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Casale Monferrato: Piemme, 1990: 440.

<sup>23</sup> *Ibidem*, p. 340.



El niño enfermo, Gabriel Metsu, 1660

# Infección por HIV y secreto profesional\*

*Valentina Boroni\*\**

## Resumen

*La protección del derecho al secreto pasa por un momento crucial en el caso de la infección por HIV, cuando el derecho a proteger la intimidad del individuo a menudo entra en conflicto con la necesidad de proteger la salud de terceras personas. En el presente trabajo se razona y discute la posición ética que prefiere una acepción relativa del secreto profesional y las diferentes posiciones adoptadas por las normas deontológicas italianas y norteamericanas a este propósito. Particular atención se dedica, después, a la protección jurídica del derecho al secreto en el contexto normativo italiano, en cuyo ámbito, si por un lado vige como norma la prohibición de revelar el secreto, se hace también una distinción entre los casos en los que el médico debe comunicar el secreto y aquéllos en los que puede comunicarlo.*

## **Preámbulo: los aspectos médicos de la infección por HIV y las novedades para el jurista**

La infección por HIV, causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, conocido en el mundo científico y por la opinión pública

\*\* Trabajo realizado bajo el patrocinio del Ministerio de Salud, del Instituto Superior de Salud y del Proyecto de investigaciones sobre el SIDA, 1989/90.

\*\* Miembro de la Unidad Operativa del Centro Internacional de Estudios e Investigaciones sobre los problemas éticos, jurídicos y médico-legales relativos al SIDA. Hospital San Rafael, Milán.

como SIDA, se caracteriza, además de por un decurso patológico a veces fatal, también por amplios y preocupantes reflejos sociales y jurídicos.

Por lo demás, este doble tipo de problemas se percibe como íntimamente vinculado entre sí: al buscar, en efecto, un remedio a la enfermedad en cuestión, muchos de los problemas sociales y jurídicos a que da lugar —y especialmente el que analizaremos a lo largo del presente trabajo— se podrían replantear y, muy probablemente, resolver.

En la actual situación, por otro lado, la infección por HIV, al acentuar desmesuradamente problemas sociales y jurídicos que en gran parte ya existían aunque en estado latente, puede constituir para el jurista por lo menos una ocasión interesante de reflexionar sobre cuestiones un tanto conflictivas, en lo referente tanto a la doctrina cuanto a la jurisprudencia.

Las características médicas de la infección analizada, para cuya explicación nos remitimos a la literatura médica sobre la materia,<sup>1</sup> que sólo parcialmente la asemejan a otras infecciones, acentúan, a menudo inconscientemente, reacciones emotivas incontroladas, generadas incluso por una información sobre el tema que sólo en los últimos tiempos intenta ser razonablemente objetiva y formativa.

Por lo demás, lo que interesa al agente del derecho es tratar de resolver, con los instrumentos puestos a disposición por el derecho vigente, los problemas sociales y jurídicos suscitados por la infección por HIV, en el entendido de que tal finalidad es posible incluso sin recurrir a una legislación específica para cada tema.

El debate jurídico en materia de infección por HIV se ha caracterizado inmediatamente por una opción de fondo: en efecto, “meditar sobre un perfil semejante significa individualizar sobre todo, como en otros sectores, pero con aspectos totalmente peculiares, hasta qué punto se puede avanzar en el frente de la protección social restringiendo la posición jurídica del individuo, y cuál es el punto límite más allá del cual no se puede pasar, puesto que el derecho del individuo resulta absolutamente inviolable. Significa, en otras palabras, *buscar el punto de equilibrio entre dos intereses en conflicto tendencial, aquí como en otros campos; pero en éste, con problemas y características autónomas y no repetibles*”.<sup>2</sup>

En el curso del presente trabajo se pretende profundizar, desde el punto de vista jurídico, aunque con inevitables y necesarias referencias a la deontología y a la ética, en uno de los aspectos más problemáticos

de la profesión sanitaria, acentuado de una manera en verdad inverosímil por la progresiva difusión de la enfermedad en cuestión, el del secreto profesional, sus límites y las causas justas para revelarlo.

También en este sector se trata de buscar un punto de equilibrio en el conflicto entre derecho al secreto y el derecho a la protección de la vida de terceras personas. Como para cualquier otro problema relativo a la infección por HIV, se trata aquí también de una cuestión de prevención y de formación: no se trata de mortificar al infectado por HIV, sino de inducirlo a un comportamiento respetuoso del derecho ajeno, si es necesario incluso recurriendo a medidas de presión externa.

De todos modos, hay que hacer algún breve preámbulo en orden al concepto y el alcance del secreto profesional.

Sabemos, en efecto, que este tema constituye el objeto de uno de los capítulos fundamentales de la ética médica dada su extrema problemática. Están en juego aquí un deber moral, antes aún que jurídico, del terapeuta, dentro de la relación de confianza que lo liga al paciente, y un derecho del paciente mismo a que se respete su propia privacidad, o mejor, el derecho a que no se den a conocer las informaciones que confíe al médico o que éste conozca tras los análisis clínicos.

En particular, no parece aceptarse unívocamente el alcance efectivo del vínculo del secreto, esto es, si es absoluto o relativo; y en este último caso, qué hipótesis legitiman revelarlo (piénsese a este propósito en la hipótesis de denuncia obligatoria que incumbe al médico de informaciones sanitarias concernientes al propio paciente afectado de enfermedades infecciosas).

Además, debe tenerse presente, aun cuando no nos sea posible detenernos en ello en el presente trabajo por razones de espacio, que, por lo que atañe al secreto, se dan innegables diferencias en revelarlo según los diversos estadios de la infección (nos parece, en efecto, que las consecuencias de la violación contemplada aquí pueden ser más graves cuando se refieren a un sujeto seropositivo, desde el momento en que es muy difícil mantener oculto el SIDA en estado avanzado, y que la noción de “secreto” es incompatible con la de “hecho notorio”).

De esta manera, por tanto, el SIDA, enfermedad infecciosa, difusiva y contagiosa, viene a constituir una ulterior ocasión para replantear los términos y la obligatoriedad, absoluta o relativa, del deber del secreto que incumbe al médico.<sup>3</sup>

Y cuando se ponga de relieve la obligatoriedad relativa de una obligación semejante, entonces será necesario individualizar con la debida modalidad de regla de excepción, las eventuales justas causas de revelarlo. El debate relativo a la obligatoriedad absoluta o relativa del secreto profesional encuentra su campo de máxima expansión dentro de la deontología, en el que se advierten posiciones tanto de apertura a posibles revelaciones (sobre todo en el ámbito norteamericano) cuanto de fuerte oposición (como se puede advertir en determinados países europeos). Parece a quien esto escribe que se debe prestar especial atención precisamente a este ámbito, siendo por el contrario más ampliamente reconocido el alcance relativo del secreto en el ámbito jurídico.

Nos parece, en efecto, que una acepción por así decir relativa del deber del secreto no puede limitarse al sólo campo jurídico, sino que debe ampliarse también a la ética y, en cierta medida, incluso a la deontología. Como confirmación de esta aseveración, recordamos muchas de las autorizadas recomendaciones de las asociaciones médicas norteamericanas (como la AMA) y los Lineamientos elaborados por la Organización Mundial de la Salud,<sup>4</sup> según la cual, por lo demás, subsistiendo la necesidad de atemperar los valores en conflicto en el caso que nos ocupa (respeto de la dignidad y autonomía de la persona infectada e interés de la salud no sólo de la colectividad sino también de terceros bien individualizados), la revelación del secreto debe hacerse sólo como último recurso.

### **Reflexiones éticas y deontológicas en materia de secreto profesional**

Parece necesario anteponer al razonamiento jurídico una panorámica de las reflexiones deontológicas y éticas elaboradas a nivel tanto nacional como internacional.

En el campo *deontológico* se recuerda la estricta disciplina en orden al secreto profesional prevista por el *nuevo Código Deontológico italiano*. Más concretamente, el capítulo III (arts. 13-18) reitera la validez relativa del secreto profesional respecto de la autoridad y su validez absoluta respecto de otras terceras personas, salvo, en todo caso, el previo consentimiento del paciente o de sus representantes legales si se trata de un menor.

Las disposiciones deontológicas italianas parecen, por consiguiente, más estrictas que las legales, hasta tal punto que se ha dado el caso de que la Magistratura no ha considerado que existía violación al art. 622 del Código Penal por transgredir el secreto profesional aun siendo ello sancionable en el plano deontológico.<sup>5</sup>

En este sentido hay quien piensa que, desde el punto de vista deontológico, salvo los casos previstos, está justificado revelar el secreto “sólo allí donde existan específicas obligaciones de ley que impongan al médico romper el pacto de confianza con el paciente. En el Estado, dichas obligaciones no existen ni en orden a la comunicación a la pareja sexual ni en orden a la comunicación respecto de otras personas físicas y jurídicas”. El mismo autor recuerda, por lo demás, que según la reciente Guía Europea de Ética Médica, aprobada por las Ordenes de los médicos de los doce países de la Comunidad Económica Europea en enero de 1987, ni siquiera una ley específica representaría en sí una causa justificada para revelar el secreto. “El médico es necesariamente el confidente del paciente. Debe garantizar el secreto total acerca de todas las informaciones recogidas y sobre las verificaciones llevadas a cabo en él. Cuando el derecho nacional prevea excepciones a la obligación del secreto médico, el médico podrá pedir preventivamente el parecer de su Orden u Organismo profesional competente”.<sup>6</sup>

Muy diversa es la posición de la Asociación de los Médicos norteamericanos (AMA), cuyo decurso en la argumentación parece interesante seguir en relación precisamente con el secreto profesional. Esta asociación identifica —en el Informe *YY* aprobado por la Comunidad de los Garantes de la misma asociación— la responsabilidad del médico “como responsabilidad de prevenir la difusión de las enfermedades infecciosas y como obligación ética de reconocer los derechos de secreto y confidencialidad de las víctimas del SIDA en el ámbito de los vínculos jurídicos”. En este documento la AMA subraya que, en la medida en que una información cuidadosa y la vigilancia de la salud pública puedan favorecer la prevención de la difusión de una enfermedad infecciosa como el SIDA, la “necesidad social” de tales medidas debe ser respetada por el médico; y con una atendible comprensión epidemiológica del potencial impacto del SIDA en la sociedad, implica la denuncia (de manera anónima y confidencial) a las autoridades sanitarias públicas, de aquéllos que se confirmen como positivos al test de anticuerpos para el virus del SIDA.<sup>7</sup>

Un año después, la misma AMA considera útil, siempre en una perspectiva de creciente apoyo a las iniciativas públicas para contener la difusión del SIDA, proponer a sus miembros la posibilidad de informar a la pareja sexual de los pacientes seropositivos, incluso contra la voluntad de estos últimos. Tal recomendación suscitó una fuerte reacción, potenciada por los medios de comunicación, pero reflejó plenamente la orientación que ya se consideraba predominante entre la clase médica y en la misma jurisprudencia de las Cortes norteamericanas.

La AMA afirmaba a este propósito: "Idealmente un médico debería tratar de persuadir a la persona infectada de dejar de exponer al riesgo al tercero en juego: si la tarea de persuasión no tiene resultados, las autoridades deberían ser informadas y si las autoridades no toman medidas, el médico debe informar y aconsejar a la tercera persona en peligro".

Se configuraba así una auténtica responsabilidad de información; tal como ponía de relieve el presidente de la AMA, J. E. Davis, se preveía, más que una simple opción, una auténtica responsabilidad deontológica de violar el vínculo confidencial por razón del peligro para la salud pública y por el riesgo para las parejas no sabedoras de estar corriendo el peligro de contagio.

Como ya se ha puesto de manifiesto, esa indicación daba voz a una tendencia, incluso de la jurisprudencia, que se consolidó en el caso Tarasoff, en el que la Suprema Corte de California estableció que un psicoterapeuta era culpable por no haber avisado a una tercera persona de la intención que su paciente tenía de matarla. De conformidad con algunos autorizados autores norteamericanos, consideramos que en buen derecho esa sentencia puede ser referida al caso de la infección por HIV, desde el momento en que la transmisión del HIV puede ser comparada en la mayoría de los casos con el resultado de un acto intencional.

Los tribunales norteamericanos, naturalmente, son más bien cautos en individualizar casos de legítima violación del secreto profesional, puesto que el dictado de sentencias incluso precedentes a aquélla de la que se trata, según la cual un médico tiene el deber de advertir a los individuos en particular del peligro previsible de contraer una infección de su paciente (llamado *duty to warn*) es aplicado limitadamente a aquellos casos en los que se verifique un grado racionalmente específico y alto de daño potencial.

Recuérdese, finalmente, lo que afirmaba la reciente Recomendación del Consejo de Europa N. R. (89) 14 del 24.10-1989: “Dénse a las personas infectadas las mismas garantías de secreto profesional que a los demás pacientes; dispóngase que los centros para el cuidado de las enfermedades de transmisión sexual, los servicios de medicina de base, así como los centros para la terapia de los tóxicodependientes respeten la confidencialidad..., garanticen que los servicios de asesoría sean consensuados y confidenciales, respetuosos de la dignidad y de la autonomía de los individuos y los ayuden a comprender sus derechos y su responsabilidad respecto de la infección por HIV; que se defienda con vigor, por lo que se refiere a la relación médico-paciente, el respeto de la confidencialidad, si es necesario introduciendo políticas específicas e incentivando programas de educación del personal sanitario...; que se garantice como regla general que no se diga algo a la pareja sin consentimiento del paciente; en el caso en que el paciente se rehuse a colaborar en la información a un tercer individuo ignorante, tómense en consideración procedimientos de consulta de acuerdo con los códigos nacionales de ética médica y con las correspondientes normativas...”.

Se advierten en este difícil debate las dos perspectivas conocidas en materia de infección por HIV, una tendente a dar prioridad a la protección de la privacidad de cada individuo en particular y la relación de confianza entre médico y paciente, y la otra tendente a dar prioridad a la protección de la salud pública y de terceras personas particulares.<sup>8</sup>

Está claro que el aferrarse al carácter absoluto del secreto profesional está justificado por el deseo de no hacer totalmente insignificante el deber mismo; pero parece necesario considerar que la finalidad del análisis que estamos haciendo no es la de disminuir el alcance del secreto profesional, sino más bien de hacer de ese deber un instrumento de una actuación médica cada vez más “ética”. Efectivamente, se quiere así reiterar que el médico tiene un deber preciso de fundamentar toda revelación del secreto en una atenta evaluación con base en la cual la importancia y gravedad de la revelación del secreto deben ser proporcionadas a la gravedad del daño que se pretende evitar.

Con esto se quiere reiterar nuestra inclinación personal a afirmar una acepción relativa del secreto profesional incluso en el campo deontológico, propensión que de todos modos está marcada por el límite con base en

el cual, a tenor del código deontológico italiano, el médico que hiciera alguna revelación del secreto fuera de las causas previstas en él, podría ser objeto de medidas disciplinarias. Ciertamente, decir que el fenómeno de la infección por HIV origina una difícil responsabilidad social de los agentes sanitarios basada en el sentido de solidaridad que impone proteger la salud de todos, incluso mediante el sometimiento de los particulares a determinadas reglas no escritas, no hace sino confirmar el convencimiento de que la hipótesis de la seropositividad o de infección por HIV, una vez comprobado el alto porcentaje de transmisión por vía sexual y heterosexual como recientes análisis lo demuestran, crea un riesgo no marginal respecto de la pareja sana, *y que por eso puede constituir una buena razón para justificar la revelación de la situación patológica.*

El tema del secreto profesional y de sus implicaciones en orden a la infección por HIV desde un *punto de vista ético* se caracteriza por algunas connotaciones específicas.<sup>9</sup> Las cuestiones éticas suscitadas en esta materia sobrepasan efectivamente el análisis referente al equilibrio entre el deber de proteger el secreto de las informaciones médicas y la privacidad del paciente; y, por el contrario, el deber de proteger a terceras personas implicadas. El problema ético toca valores como la dignidad que todo ciudadano, toda nación están dispuestos a atribuir a las personas infectadas por HIV.

“Nunca tanto como en el caso del SIDA la revelación de las condiciones de salud de una persona está estrechamente entrelazada con la negación del respeto básico a la dignidad de esa persona. La mayoría de las personas seropositivas está constituida por homosexuales, toxicodependientes y prostitutas, cuyo estilo de vida abarca comportamientos a menudo ilegales. Una revelación de su estado de seropositividad a los respectivos prestadores de trabajo, instituciones escolares, compañías de seguros y colectividades, los expondría inevitablemente a estigmatización, humillación, ostracismo y difusa discriminación”.<sup>10</sup>

Aun cuando las estadísticas pongan hoy de manifiesto una progresiva extensión de la enfermedad incluso entre categorías muy diferentes de las que acabamos de citar, es indudable que el problema ético sigue siendo un problema de respeto de la persona humana. Cuál sea luego en concreto la medida de este respeto, y cuáles los límites superados los cuales el respeto para la dignidad de la persona no tanto pueda ser

eliminado, cuanto más bien pueda ser restringido, nos lo dice el análisis del balanceamiento de los bienes arriba indicados.

Las cuestiones éticas suscitadas se refieren, por tanto, a los recursos morales de los que la comunidad pretende valerse para asegurar el respeto de la dignidad de las personas seropositivas.

Una perspectiva semejante no puede seguir siendo ajena tampoco al legislador y a todos los demás órganos políticamente activos. De hecho la necesidad de respetar la dignidad de las personas seropositivas deberá coordinarse sabiamente con las legislaciones relativas a los comportamientos primarios de transmisión del HIV; está claro, en efecto, que considerar tales modalidades como inmorales o criminales tiene un peso muy particular en relación con eventuales y posibles amenazas de discriminación.<sup>11</sup>

La perspectiva ética en el ámbito del tema del secreto profesional lleva, por tanto, a dar prioridad al recurrir a todos aquellos instrumentos que garantizan el mayor respeto de la persona infectada por HIV, de su dignidad y de su secreto, con la convicción de que una concepción personalista de la ética no puede olvidar tampoco el aspecto educativo y responsabilizador que debe connotar la relación médico-paciente, además de la inevitable determinación de respetar la dignidad y la vida de terceras personas.

Hasta los más atentos estudiosos de la ética han subrayado esa doble problemática, a saber: cómo, aun siendo imprescindible el respeto por la dignidad del paciente en el ámbito de una ética "personalista", en el caso específico del SIDA es necesario tener en cuenta los eventuales daños que se podrían acarrear a costa de terceros si se dejara de informar.

"Es cierto que a menudo lo que hay son posibilidades y permisos y no auténtica obligación de revelar una información. Pero ya ahora el médico se somete por ley a ciertos deberes de revelación del secreto, y, a nuestro juicio, un deber tan importante como el de callar puede ser superado sólo por un deber más fuerte..."<sup>12</sup>

Cuanto hemos expuesto hasta ahora no puede sino llevarnos a considerar prudentemente hipótesis de revelación del secreto a terceros que no sean autoridades previstas por la ley.<sup>13</sup>

Se puede, por tanto, afirmar con razón que desde un punto de vista ético la revelación del secreto, en el caso específico del cónyuge con el que se convive, puede estar permitida con tal que se respeten las

siguientes condiciones preliminares, que ponen de manifiesto en último análisis lo excepcional de la revelación misma:

“1) limitación de la revelación del secreto a la persona del cónyuge que convive, donde el médico puede tener una razonable certeza de que el infectado está practicando o puede practicar comportamientos de riesgo para otro sujeto no consciente de ello;

2) agotar previamente todos los intentos de convencer al cónyuge enfermo de que él mismo revele la información, recordándole sus responsabilidades incluso jurídicas, pero sobre todo éticas, en caso de contagio, o bien de autorizar al médico a revelar la información (es claramente preliminar a esto, o de todos modos concomitante, una adecuada información sobre el propio comportamiento);

3) sería ponderación de los valores en juego por parte del médico a fin de evitar un uso imprudente de las informaciones recibidas y subrayar una vez más lo excepcional de la revelación del secreto (por lo que vale la pena limitarla expresamente al cónyuge que convive, sin por esto caer en una ‘acrítica criteriología’;

4) adopción de caminos informativos graduales, procediendo con oportunidad y buen sentido, buscando la estrategia más idónea en cada caso;

5) adopción de medidas de comunicación lo más discretas posibles, comunicando sólo lo que sea estrictamente necesario;

6) compromiso del agente sanitario de proporcionar ayuda/asistencia incluso en el plano psicológico a la persona a la que ha informado. Se requerirán, en efecto, modificaciones de comportamiento que el médico deberá saber aconsejar, seguir en el tiempo y apoyar”.<sup>14</sup>

Llegados a este punto, parece oportuno recordar algunas objeciones surgidas en el transcurso del debate sobre el tema; algunos subrayan, en efecto, que entre las filas de aquéllos que, muy probablemente, seguirán conductas de riesgo con el paciente infectado, conductas que pueden hacer suponer un considerable riesgo de contagio, no está sólo la figura del cónyuge, o por lo menos se puede fácilmente suponer que no está sólo éste (piénsese en la pareja no legítimamente casada, en el compañero ocasional, etc.) No se ve entonces por qué restringir el ámbito de una posible revelación del secreto al cónyuge únicamente y no también a estos últimos; haciéndolo, por lo demás, se llegaría a una trivialización del deber de mantener el secreto; mejor, entonces, no hacer peligrosas excepciones al deber del secreto a cargo del médico.

A una objeción semejante se puede responder que el cónyuge que convive es ciertamente merecedor de mayor protección, si no en virtud del vínculo jurídico determinado por el matrimonio, instrumento que por lo demás permite una individualización más fácil del sujeto destinatario de la información, al menos por la situación concreta de mayor riesgo supuesta en el comportamiento de los dos cónyuges. No es, pues, una petición de principio la que atribuye al matrimonio una importancia superior a otras formas de convivencia, cuanto más bien una consideración basada en datos epidemiológicos relativos a la entidad y a la medida del riesgo de transmisión del virus que puede en casos particulares constituir un grave peligro actual para la vida. Sólo en estos casos, por encima de la referencia al matrimonio, que por lo demás sigue siendo una señal de mayor facilidad en la localización de la tercera persona en peligro, será lícito proceder a revelar la información.

Fuertes son también las objeciones relativas al beneficio y a lo problemático de intentar convencer al paciente infectado, como reales son también las dificultades de un control efectivo sobre eventuales escapes de noticias, una vez informado el cónyuge. Parece, por otro lado, que la dificultad no puede ser elevada a razón de imposibilidad o, peor aún, de ilegitimidad.

Se dice, además; que una reciente investigación<sup>15</sup> demuestra lo absolutamente imprevisible de correlacionar la relación sexual con la transmisión del virus, llegando a la conclusión según la cual la probabilidad de contagio por HIV a través de relaciones heterosexuales es inferior a la probabilidad de contraer por vía sexual la hepatitis viral o las enfermedades venéreas más comunes.

Esto, por lo demás, no parece constituir un obstáculo insalvable, puesto que se sabe cuánto más gravosas son las consecuencias de una infección por HIV respecto de las derivadas de la hepatitis. Además, cálculos recientes han confirmado la opinión de que uno de los sujetos de mayor riesgo, y en progresivo aumento por lo que respecta a los porcentajes de sujetos infectados, es precisamente el cónyuge infectado por el compañero que con él convive.

Se dice, finalmente, que no parece muy realista (y aquí parece entreverse nuevamente un concepto de ética abstracta apta para proporcionar sólo estériles recomendaciones) la hipótesis de un paciente que, aun adecuadamente informado, insista en querer exponer

al riesgo de contagio a su propia pareja. En realidad los juzgados enfrentan cada vez con mayor frecuencia casos de pequeña criminalidad en los que el delincuente se vale de la jeringa infectada como arma para perpetrar un delito, sin considerar cómo se asiste a una cada vez más preocupante coincidencia entre la categoría de los toxicodependientes y la de los enfermos de SIDA, haciendo posible equiparar por tanto los comportamientos desviados de las dos categorías. Y tampoco parece ser indiferente el régimen de falsa seguridad psicológica (de manera que puede hacer propender por una falta de revelación espontánea) vehiculado por ciertos tipos de información y prevención de la enfermedad donde parece que el recurso a instrumentos como el preservativo, es idóneo para anular el riesgo de contagio.<sup>16</sup>

Aun no faltando posiciones muy rígidas en materia de secreto profesional, también las legislaciones extranjeras parecen confirmar la idea de una progresiva ampliación de los casos de revelación del secreto en detrimento de la protección del sujeto infectado por HIV. A este propósito se señalan la situación de Baviera, donde la ley prevé la obligación de informar al compañero sexual y al médico tratante del estado de infección propio; la de Suecia, donde si en 1985 estaba en vigor una ley que protegía estrictamente el anonimato, en abril de 1986 tal protección fue restringida a “algunas circunstancias”, y finalmente en diciembre de 1986 se dispuso que las autoridades y los agentes sanitarios podían ser convocados a informar sobre los pacientes infectados por enfermedades específicas; o la del estado de California, donde si en un primer tiempo las leyes insistían en la obligación de respetar el secreto, en septiembre de 1987 una serie de leyes estableció algunas condiciones en las cuales estaba permitido abrir una brecha en esa reserva y se permitía al médico informar a la pareja en los casos de infección comprobada. Restricciones al derecho al secreto se pueden observar igualmente en las legislaciones de los estados de Nevada, de Kentucky y de Texas.<sup>17</sup>

### **El secreto profesional y su disciplina jurídica**

Es necesario profundizar ahora en la estructura del caso específico jurídico del secreto profesional y sus razones jurídicas.

El derecho a la reserva, fundamento lógico y jurídico de la norma relativa al secreto profesional, y cuyo valor universal está documentado

por la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (art. 12) y por el art. 2 de la Constitución italiana, adquiere un relieve particular en el ámbito de la especial relación médico-paciente, dada la particularísima confianza que se establece entre las dos partes.

Se sostiene, en efecto, que una justificación indiscriminada de la revelación del secreto profesional generaría indudablemente en el paciente la duda razonable de una indiscreción sumamente perjudicial para este último y por tanto suficiente para inducirlo a silenciar al médico informaciones y noticias valiosas para el diagnóstico y la curación, o incluso a renunciar a valerse de la ayuda del médico. No parece necesario insistir en poner de manifiesto las consecuencias que ese temor podría originar en relación con la infección por HIV, cuando, aunque no sea posible una curación por ahora, sin embargo se considera irrenunciable una correcta relación médico-paciente en orden a la educación de un comportamiento responsable.

Desde un punto de vista jurídico se conoce lo que la Corte de Casación entiende por secreto: “el estado de hecho por el que una noticia es conocida sólo por una persona o un restringidísimo círculo de personas, y la garantía jurídica correspondiente se hace realidad con la prohibición de dar a conocer la noticia a personas diversas de las que son sus custodios materiales: trátase sustancialmente de una obligación negativa impuesta a los sujetos”.<sup>18</sup>

Ahora bien, tal situación de hecho, o como alguno sostiene, esa particular relación establecida entre el conocimiento de cosas y hechos y un determinado sujeto, encuentra, por lo que atañe más propiamente a la actividad profesional del médico, una especial protección jurídica a tenor del art. 622 del Código Penal, el cual dispone: “quien, teniendo noticia, por razón de su propio estado u oficio, o de su propia profesión o arte, de un secreto, lo revela sin causa justificada, o bien lo emplea para beneficio propio o ajeno, es castigado, si del hecho se deriva un perjuicio, con la reclusión...”.

### **La causa justificada**

Nos parece que deben aclararse dos aspectos de este enunciado, íntimamente vinculados entre sí: el que se refiere a la previsión del

elemento normativo de una causa justificada de revelación del secreto, y el que se refiere a la necesidad de que de la revelación del secreto pueda derivarse un perjuicio para el sujeto pasivo del delito, es decir, en nuestro caso, al paciente.

La primera precisión permite aclarar cuál es el alcance efectivo de la norma analizada. Se dice, en efecto, que la ilegitimidad de la revelación del secreto está subordinada a la ausencia de una causa justificada, es decir, que la conducta de la revelación del secreto no adquiera relieve penal cuando su realización se haya determinado por una causa justificada. Se intuye la importancia de determinar en términos rigurosos el contenido de la cláusula examinada, mejor definida como elemento normativo (esto es, ese elemento utilizado por el legislador en la descripción del caso específico en abstracto para cuya determinación es necesario referirse a parámetros “normativos”, o sea, a normas de ley o normas “sociales” diversas respecto de la que inculpa).

La operación se presenta a primera vista difícil tomando en consideración el hecho de que el concepto de “injusticia” indirectamente invocado puede ser interpretado de diferente manera según los criterios que se pretenda seguir.

Es sabido que a propósito del concepto de causa justificada la doctrina oscila entre dos interpretaciones; a tenor de la primera, la expresión representaría una fórmula compendiada mediante la cual se invocaría la exclusión de la punibilidad consiguiente a las causas ya previstas por el Código en líneas generales y en particular a las atenuantes. A tenor de la segunda, un enfoque semejante llevaría al absurdo de considerar tautológica la cláusula de la causa justificada, es decir, coincidente con el conjunto de las atenuantes, y por tanto la cláusula misma debería considerarse carente de un significado autónomo: sería entonces necesario o simplemente más oportuno atribuir a esta última un significado diverso más propiamente individualizable en la aceptación por parte del ordenamiento penal de más amplias apreciaciones ético-sociales, a tenor del cual la revelación del secreto, aun cuando no efectuada “*de iure*”, podría sin embargo considerarse “justificada”.

“A la exclusión de la tipificación del hecho se añadiría por un camino diverso de aquel a través del cual se llega a ella en presencia de una atenuante.”<sup>19</sup>

En este sentido, el criterio de individualización del concepto de “causa justificada” acaba por resolverse en la elección del criterio apto

para percibir *sólo aquellas apreciaciones ético-sociales verdaderamente merecedoras de protección*; y los criterios son esencialmente dos: el del equilibrio de intereses y el del de la adecuación del medio al fin. La doctrina más atenta no deja de advertir la necesidad de recurrir a los dos criterios citados, armónicamente coordinados.

De estas reflexiones preliminares deben deducirse todavía las consecuencias necesarias respecto de algunos casos específicos como por ejemplo el del cónyuge conviviente. ¿Puede decirse que el concepto de causa justificada integra la revelación del secreto al cónyuge del paciente infectado? O mejor, ¿la revelación del estado de SIDA al cónyuge puede integrar un concepto semejante? Está claro que la respuesta varía según la interpretación del concepto de causa justificada que se admita. Si se admite el primer criterio de interpretación, la única causa justificada legítima sería la prevista por una norma vigente en nuestro ordenamiento. Si se admite el segundo criterio, podría en cambio invocarse incluso una fundada apreciación ético-social suficientemente consolidada y fundamentada.

Si, por una parte, parece ya comprobado como valor advertido por la conciencia social que a la protección del paciente infectado debe corresponder un deber particular de comportamiento responsable a fin de evitar una difusión injustificada de la enfermedad,<sup>20</sup> por la otra, debe profundizarse la cuestión de si en este caso puede resolverse el conflicto entre los intereses en juego, y de qué manera, a favor del derecho a la incolumidad física del cónyuge; y si el medio (revelación del secreto profesional) es adecuado al fin (protección de la integridad física del cónyuge) o bien existen otros medios para alcanzar adecuadamente el mismo fin.

Como consecuencia de las citadas reflexiones, debemos tratar de individualizar ahora qué situaciones concretas pueden entrar en el concepto de esa causa justificada de la que habla el art. 622 del Código Penal, o mejor en relación a qué situaciones concretas el médico *debe o puede* revelar las informaciones que le ha proporcionado el paciente.

En algunos casos, en efecto, ciertas *leyes imperativas* no sólo exoneran al médico de la obligación del secreto, sino que hacen incluso obligatoria la *denuncia*: por ejemplo, a tenor del art. del T.U. de leyes sanitarias, hay una obligación precisa de denunciar las enfermedades infecciosas difusivas, del mismo modo que existe una obligación de informar, a

tenor del art. 365 del Código Penal, según la cual “quien —en el ejercicio de una profesión sanitaria, hubiera prestado su asistencia u obra en casos que pueden presentar los caracteres de un delito para el cual se deba proceder de oficio— omite o retrasa referirlo a la autoridad judicial, es castigado...” (No se configura este delito cuando la información expusiera a la persona asistida a un proceso penal). En el caso del SIDA, por lo demás, no se habría cometido aún el delito, sino que se trataría de un peligro de delito futuro a cuyo respecto no podría operar la obligación de notificarlo.

Con base en el art. 132 del Real Decreto del 3.2.1901, n° 45 modificado por el Real Decreto del 6.12.1928, n° 3112, el médico debe además informar a quienes están más directamente expuestos al riesgo de contagio, es decir, a quien asiste, está cerca y vive con pacientes infectados. Parece conveniente recordar que algunos consideran superada la vigencia de esta norma<sup>21</sup> desde el momento en que en vez de él operaría el T.U. de leyes sanitarias aprobado por el Real Decreto del 27.7.1934, n° 1265. Se seguiría de ello que “es a través de los instrumentos de la denuncia y del requerimiento de T.S.O. como el médico, sin violar el secreto, está en condiciones de salvaguardar a la familia en el respeto a la dignidad de la persona enferma y a sus derechos civiles”. Del mismo modo, hay casos en los que la obligación de revelar el secreto incumbe al médico sobre una base contractual (piénsese en el médico de grandes empresas de transporte aéreo, si se probara suficientemente que determinadas patologías podrían causar tales trastornos neuropsíquicos que pusieran en grave peligro a los numerosos destinatarios del servicio).

No hay, pues, violación del secreto profesional en todos estos casos, sino cumplimiento de un deber que legitima, a tenor de todo el ordenamiento, la revelación del secreto. No obstante, sería quizá más oportuno hablar en tales casos de “transmisión” en vez de “revelación” del secreto; expresión, por lo demás, ya conocida en el caso del médico que transmitiera a los colegas la información referente al paciente, con la cual se hace referencia a la comunicación de las informaciones relativas al paciente y a otros médicos o personal sanitario por exigencias de un mejor cuidado del paciente.

Otros sostienen que se puede incluso afirmar que hay causa justificada, y portanto ausencia de tipicidad del hecho, en el caso de un consentimiento o de la ratificación por parte del titular del secreto.

Se dan, luego, una serie de situaciones ante las cuales el médico *puede* revelar el secreto. Y es a este nivel en el que parece pueden tener cabida las reflexiones anteriormente hechas que nos permiten invocar el concepto de la causa social justificada (que ha de aceptarse si se admite la segunda teoría en orden al ámbito de operatividad del concepto de causa justificada expuesto al principio).

Por consiguiente, en este campo se pueden invocar las atenuantes “típicas” (especialmente la del estado de necesidad, art. 54 del Código Penal, a la que dedicaremos una particular atención), sino también aquellas razones atípicas socialmente apreciables que pueden valer para justificar la revelación del secreto (piénsese en el caso del compañero conviviente).<sup>22</sup>

Sin embargo, aun cuando no se quisiera considerar pertinente apelar a estas “razones atípicas”, nos parece que ya en el ámbito de las atenuantes típicas hay un espacio de acción más bien amplio, de tal manera que se podría incluir en él el caso del compañero sexual conviviente. En este sentido se considera que se debe prestar particular atención a la atenuante del estado de necesidad y a su variante, la llamada *ayuda de necesidad*.

El art. 54 del Código Penal reza: “No es castigable quien ha cometido el hecho porque se ha visto obligado por la necesidad de salvarse a sí o a otros del peligro actual de un daño grave a la persona, peligro no evitable de otra manera, siempre que el hecho sea proporcionado al peligro”. Parece necesario, por tanto, verificar analíticamente si esa atenuante, cuya operatividad comporta un juicio de licitud del hecho a tenor de todo el ordenamiento jurídico, puede aplicarse al médico que revela al cónyuge de un paciente infectado la enfermedad de este último.

A) “*Necesidad de salvar a otros*”: este requisito parece respetarse, puesto que el médico revela el secreto para salvaguardar el bien de la salud, o mejor la vida, del cónyuge del paciente infectado, tercera persona a todos los efectos.

B) “*Del peligro actual*”: se entiende que la situación de peligro debe ser real o por lo menos de manera que haga posible formular un juicio de probabilidad sobre la próxima verificación de una lesión, y que se considera comprobable mediante un criterio temporal no siempre suficientemente exhaustivo. En realidad, no raramente es oportuno actuar anticipadamente para impedir el agravamiento de las potencialidades lesivas ínsitas en la situación peligrosa. Por ejemplo,

una acción encaminada a salvaguardar el bien de la salud puede parecer justificada antes de la inminencia de la verificación del perjuicio grave, si la espera puede comportar como consecuencia la inevitabilidad o el agravamiento del perjuicio mismo. Parece, por tanto, que en el caso examinado el peligro de una lesión del bien de la salud, por otra parte tal vez ya presente, puede ser individualizado con segura verosimilitud. No se debe excluir que una evaluación en concreto de la situación pueda desmentir este hecho (por ejemplo, en el caso de un cónyuge separado de hecho o que el médico sepa que reside establemente en un lugar diferente del de residencia del paciente).

C) "*De un daño grave para la persona*": la jurisprudencia tiende con una orientación uniforme a ampliar el concepto anteriormente expuesto hasta llegar a abarcar, además de la posible lesión de bienes como la vida, también la de los bienes que conciernen a la personalidad moral del hombre, de modo que puede afirmarse que constituye un daño grave para la persona la posibilidad actual de una lesión de cualquier derecho del individuo constitucionalmente garantizado. En este caso, parece que no se puede negar que el peligro arrostrado por el cónyuge es muy serio; y más concretamente, el de ir al encuentro de una muerte segura, aun cuando sea con periodos de tiempo aún diferentemente calculables según la edad y las estructuras sociales en que se encuentra.

D) "*Situación no voluntariamente causada ni de otro modo evitable*": locución interpretada de forma rigurosa por la jurisprudencia de la Suprema Corte, cuando afirma frecuentemente que "el peligro no evitable de otra manera postula una necesidad obligatoria e inevitable de procurar salvaguardar el bien mediante la conducta criminosa y sólo con ella".<sup>23</sup> Por lo demás, es preciso comprobar si tales conductas alternativas poseen en concreto igual o parecida idoneidad para salvaguardar el bien en cuestión. Y no parece de igual idoneidad la intervención de autoridades sanitarias a las cuales el médico haya notificado la patología infecciosa, como afirman, por lo demás, algunos autores.<sup>24</sup> En este sentido, la problemática del secreto profesional y de las causas legítimas de revelación del secreto está claramente vinculada con el sistema de notificación adoptado por cada uno de los países en orden al SIDA, tanto en su forma manifiesta como en la fase de la simple seropositividad. En realidad, si este sistema fuera capaz, institucionalmente o bien en su forma de aplicación, de individualizar los posibles focos de infección y

de neutralizarlos, al médico no le quedaría más que cumplir su propio deber de notificación obligatoria, manteniéndose al margen de otras formas de intervención.<sup>25</sup> Sin embargo, parece que podía identificarse otra línea de intervención opuesta en el campo de la ética médica, si se da la primacía precisamente al papel del médico de familia como interlocutor privilegiado en el diálogo con el paciente, al conocer mejor que nadie sus motivaciones y su substrato cultural. Delegar esta función en una genérica autoridad sanitaria no parece que se pueda conciliar con semejante línea de intervención. Mediante estas consideraciones pretendemos apoyar, pues, la tesis según la cual hay que señalar a la persona que informe al compañero o a otros terceros bien individualizados susceptibles de correr un riesgo serio de infectarse, y que no puede ser otro sino el médico que ha hecho el diagnóstico, quien con antelación ha hecho todo lo posible para convencer al paciente de que comunique en primera persona su propio estado de infección, y quien es el que mejor conoce las dinámicas, incluso psicológicas, de éste.

E) “*Con tal de que el hecho sea proporcionado al peligro*”: aquí se plantea la cuestión verdaderamente crucial, puesto que sólo una atenta evaluación del caso concreto —y una reflexión sobre la relación de valor entre los bienes en conflicto en el contexto de un examen comparativo de los riesgos respectivamente amenazantes— será la que dé una solución de licitud o ilicitud. El médico deberá entonces evaluar atentamente los pros y los contras de una eventual revelación del secreto y hacer todo lo posible, conforme a los criterios anteriormente expuestos, para convencer al paciente de que lo revele espontáneamente. Sigue estando claro que el riesgo real de lesionar el bien de la vida aunque sea de una sola persona —riesgo que naturalmente hay que evaluar también en relación con las modalidades concretas de agresión al bien en cuestión según los casos— puede constituir motivo suficiente para justificar la violación de una obligación relativa al bien de la privacidad, y esto con base en una jerarquía de valores y bienes en la cual el bien de la vida ocupa seguramente el primer lugar.

## El daño

Llegados a este punto, para una mejor comprensión del caso específico en cuestión, retomar la noción de daño, puesto que ha quedado claro que

la causa justificada no crea problema cuando el hecho de revelar el secreto no causa un daño.

En orden a una determinación de la noción de daño se pronunció la Suprema Corte [italiana] (sentencia 1723/62) al afirmar que “a los fines del delito de revelación del secreto profesional, la noción del daño que del hecho pueda derivarse hay que entenderla no sólo en su aspecto subjetivo (esto es, en el sentido de que pueda dañar o amenazar con dañar a un sujeto), sino también en el aspecto objetivo, es decir, en el sentido de que el daño o el peligro de daño sea injusto, esto es, contrario al derecho”.

Esto se deduce, por lo demás, de la coordinación de los extremos requeridos por la misma previsión legislativa, ya que al ser punible la revelación del secreto sólo cuando se lleva a cabo sin causa justificada, en relación con esta última habrá de ponerse el daño en el sentido de que éste no es injusto cuando hay una causa justificada de revelar el secreto y, viceversa, subsiste tal causa justificada cada vez que el daño es justo.

En este caso, no subsiste el delito en el hecho de un médico que comunica a una compañía de seguros (a la que en el caso está vinculado por contrato) la enfermedad de un paciente suyo, poniendo de manifiesto su no dependencia causal de un infortunio indemnizable, para el cual el enfermo haya pedido el pago de la indemnización asegurada. Faltan los extremos del ilícito penal a tenor del art. 622 del Código Penal, al no ser injusto el “daño” al que estaba expuesto el paciente de no recibir la indemnización que no le compete o de estar sometido a procedimiento penal por su actividad ilícita; y tampoco se advierte la injusticia del daño en la posibilidad de que se divulgue la noticia de la enfermedad (en el caso contemplado, la sífilis) con descrédito del sujeto, al limitarse la acción del agente sanitario involucrado a informar a la compañía de seguros, y en este caso, los límites del uso de un derecho de cualquier ciudadano, como es el de impedir la ejecución de un delito (y la obligación del secreto profesional no comporta la obligación de ocultar un delito). Parece oportuno, pues, hacer nuestra esta interesante reflexión y afirmar, en consecuencia, que, cuando se pueda configurar el contagio como subsumible en el delito de lesiones personales —e integrar, por tanto, el caso específico de delito—, el daño derivado de la revelación del secreto nunca podrá denominarse injusto.

## Otros casos problemáticos en materia de secreto profesional

### *El compañero antes del matrimonio*

El caso de dos sujetos que se someten a una consulta prematrimonial plantea igualmente problemas de mantener el secreto; el problema específico es el de cómo mantener y guardar para uno mismo la necesaria reserva sobre los resultados de la prueba de investigación de los anticuerpos HIV entre novios, desde el momento en que, a fin de llevarlo a cabo, a los dos futuros esposos se les deberían dar a conocer los resultados recíprocos de la prueba.

Nos parece que en el caso en cuestión debe darse una preferencia inicial (siempre sujeta a una contraprueba) al respeto de la privacidad de cada uno de los novios. En efecto, antes del matrimonio se prefiere dar por supuesto que el riesgo de contagio no reviste la actualidad y gravedad que, en cambio, se manifiesta en el caso de los cónyuges convivientes.

Está claro, sin embargo, que el impulso social hacia formas como la familia de hecho, o simplemente hacia formas de convivencia experimentales y/o vividas fuera del ámbito del matrimonio, convierte a esa situación en un problema serio.

En este caso, consideramos que el médico, al darse cuenta de la imposibilidad de convencer al paciente de que debe informar directamente al compañero (condición preliminar siempre necesaria), podrá decidir incluso revelar el secreto, pero deberá también evaluar atentamente si en el caso concreto puede darse el peligro actual de un daño grave de la persona, tal como decíamos en el apartado anterior.

En realidad, como ya hemos adelantado en el transcurso del presente trabajo, el riesgo de contagio que justifica revelar el secreto no está dado tanto por la existencia o no de una situación personal calificada jurídicamente como matrimonio, cuanto más bien por el efectivo comportamiento que tienen el infectado y su pareja.

### *El niño en edad escolar*

La situación cambia considerablemente, precisamente en razón de los comportamientos, si se pasa a examinar otro posible caso problemático

concerniente al secreto médico: esto es, si puede informar a la escuela — en la persona del director o del profesor— acerca del estado de salud de un sujeto infectado.

A este propósito, la Recomendación R (89) 14 del Consejo de Europa, en la sección dedicada a la confidencialidad en relación con la escuela, recomienda que “el personal médico escolar, los maestros y los demás agentes del sector con tareas educativas, respeten rigurosamente los principios de guardar secreto; las decisiones de informar sobre la presencia de un niño o de un adolescente infectado por HIV se habrán de tomar sólo en interés de la persona en cuestión, caso por caso, y con base en una consulta, si es posible, entre la persona infectada, los padres, los profesores y los agentes sanitarios”.

Lo que resulta de fundamental importancia recordar en el caso en cuestión es que —por lo que respecta al “contagio horizontal” de un niño portador de la infección a otros coetáneos (por ejemplo, compañeros de escuela)— los datos epidemiológicos no indican ningún caso de contagio.<sup>26</sup> Este dato parece relevante en el ámbito del debatido problema referente a lo oportuno o inoportuno de dar a conocer a la institución educativa el estado de seropositividad de un niño. Por el momento, en virtud de tales datos, las indicaciones normativas se han expresado negativamente al respecto, considerando que cualquier comunicación en cuanto a la seropositividad del niño por parte de los servicios sanitarios contribuye solamente a elevar el riesgo de que se le rechace y margine.

También la Comisión Nacional para la Lucha contra el SIDA ha reiterado recientemente su propio parecer negativo en cuanto a la oportunidad de comunicar al director del plantel la identidad de los sujetos HIV positivos, aun siendo indudablemente útil la implicación del personal docente, al cual se le solicita cooperar con el personal médico que actúa en la escuela a fin de promover intervenciones de educación sanitaria.

En todo caso, se ha reafirmado la necesidad de adoptar todas las medidas higiénico-sanitarias más idóneas para prevenir el contagio, y de informar, si no a algún otro, al médico escolar, el cual, de acuerdo con los colegas del centro de referencia en el que el paciente es normalmente se-guido, podrá decidir, en cada caso, las medidas más oportunas de profilaxis, llegando incluso hasta apartar, por su propio interés, al niño de la escuela.

No se considera oportuno ni lícito comunicar a fuerza a los padres de los otros niños la presencia de un seropositivo asintomático en la escuela o en la clase, porque dicha información no tiene importancia desde el punto de vista profiláctico.<sup>27</sup>

### *El trabajador en su empleo*

La Recomendación R (89) 14 del Consejo de Europa ya citada en relación con la medicina del trabajo recomienda que “el personal de los servicios de medicina del trabajo, si es informado por un empleado de una posible infección por HIV, ocúpese del caso del empleado con las normales reglas de reserva y haga uso de las informaciones recibidas sólo en interés de la salud del paciente... Los prestadores de trabajo protejan el secreto de las informaciones médicas relativas a sus empleados, particularmente por lo que se refiere a la infección por HIV; por esto los datos sanitarios obtenidos deberían ser manejados y clasificados sólo por el personal autorizado, que está obligado a observar las reglas del secreto médico”. El problema de revelar al prestador de trabajo informaciones relativas al estado de seropositividad del empleado se ha hecho cada vez más agudo en razón del desempeño de particulares servicios los cuales requieren una idoneidad psicofísica especial (piénsese en los pilotos de aviones o en los choferes de autobuses) cuando una perturbación neurológica del sujeto infectado, más que un riesgo real de contagio, ha inducido a una gran parte de los autores a inclinarse por una revelación del secreto al prestador de trabajo, o al menos por que los agentes sanitarios que actúan en el lugar del trabajo sugieran un cambio de empleo.

No parece oponerse a ello el dictado del art. 5 de la ley 135/1990 siempre y cuando se respeten las condiciones de estricta reserva sobre las informaciones y de prohibición de adoptar medidas discriminatorias respecto del empleado infectado.

### **Conclusiones**

Por consiguiente, del contexto de todo el ordenamiento jurídico italiano, se deduce que:

1. La revelación del secreto profesional médico está *prohibida* por regla.

2. En algunos casos particulares previstos expresamente por la ley, el médico no sólo está exonerado de la obligación del secreto, sino que incluso está obligado a revelarlo (tal es el caso de la denuncia obligatoria prevista, por ejemplo, para las enfermedades infecciosas difusivas; y no cabe duda que el SIDA, por lo menos en su forma declarada lo es). Si el médico no lo revelara podría incluso ser objeto de sanción; trátase, por lo demás, de una revelación del secreto *sui generis*, dada la particular calificación del destinatario (la autoridad sanitaria) y las modalidades de reserva con las que la operación se lleva a cabo.

3. Queda finalmente una serie de casos en los que la revelación del secreto está permitida; el médico puede revelarlo y esto con base no en arbitrarias apreciaciones personales, sino en normas que “justifican” su actuación. En especial se piensa que pueden tomarse en consideración las atenuantes del estado de necesidad (art. 54 del Código Penal) y del cumplimiento de un deber (art. 50 del Código Penal).

Nos parece que la revelación del secreto al cónyuge conviviente, si se lleva a efecto con las modalidades recordadas en el curso del presente trabajo, puede integrar los extremos del estado de necesidad, o mejor, de la ayuda de necesidad (necesidad de salvaguardar a otros del peligro actual de un daño grave a la persona, con tal de que la situación no sea voluntariamente causada ni sea de otro modo evitable, y el hecho sea proporcionado al peligro), y en tanto abarque situaciones que pueden ir más allá de los confines de la atenuante citada, esto es, los de la causa justificada de revelación del secreto.

De hecho, aun prescindiendo de una atenuante semejante, nos parece poder afirmar que, si deber del médico es salvaguardar la vida del hombre, de cualquier hombre, no sólo la de su propio paciente; y si es cierto que el bien de la vida humana es un bien seguramente más alto que el derecho a la reserva, entonces este fin particular que induce al médico a revelar el secreto no puede ser olvidado y puede integrar en buen derecho hasta el elemento típico de la “causa justificada” de la que habla el art. 622 del Código Penal.

Creemos, pues, que el médico, titubeante entre violar el secreto profesional o mantener el secreto con un riesgo real de que sobrevenga el contagio, puede legítimamente revelar al cónyuge conviviente el estado de enfermedad, integrando tal comportamiento la noción de

causa justificada de revelación del secreto, en cuya presencia el hecho de delito pierde su tipificación.

De ello se deriva que, si se le debe pedir al médico que intente convencer para que se informe espontáneamente, haciendo caer en la cuenta al paciente de las responsabilidades, incluso penales, que enfrenta, simplemente esgrimiendo argumentos sobre lo “antisocial” del hecho en general (cosa que no requiere hacer alarde de temas de naturaleza exquisitamente jurídica o médica, sino exponiendo conceptos de los que todos los involucrados deben estar enterados, valiendo para el ordenamiento jurídico el principio según el cual “la ignorancia de la ley penal no excusa”), no se puede sino reiterar y desear la difusión del convencimiento ético y jurídico expresado, según el cual la revelación del secreto al cónyuge conviviente con el paciente, tras haber agotado los procedimientos de convencimiento de una revelación del secreto espontánea, puede ser considerado un comportamiento prudente y excepcionalmente comprensible, con referencia al cual, por tanto, el médico *puede* revelar el secreto. Y esto incluso a fin de propiciar un equilibrio cada vez más atento y razonable entre los intereses de la defensa social y las insuprimibles exigencias de protección de la libertad personal.

A la luz de cuanto se ha expuesto hay que leer las disposiciones del art. de la ley n° 135 de 1990 (Programa de Intervenciones Urgentes en la Difusión del SIDA), cuyo texto parece no tomar posición específicamente sobre los límites y lo absoluto o no del deber de guardar secreto. Ahí se dispone, en el art. 5, punto 1: “Los agentes sanitarios que, en el ejercicio de su profesión, lleguen a conocer un caso de SIDA o bien un caso de infección por HIV, incluso no acompañado de estado morbosos, están obligados a prestar la necesaria asistencia, adoptando todas las medidas oportunas para la protección de la reserva de la persona asistida...”. Y en el punto 4: “La comunicación de los resultados de pruebas diagnósticas directas o indirectas por infección de HIV puede hacerse exclusivamente a la persona a la que tales exámenes se refieren”. No nos parece, en efecto, que la introducción de tales normas pueda comportar una desviación de los principios generales hasta aquí expuestos, puesto que el médico podrá siempre revelar el secreto valiéndose de la atenuante del estado de necesidad, como antes se ha descrito. Tanto más cuanto que tal normativa no parece haber acogido completamente la rigurosa disciplina prevista por la propuesta de ley del 27 de agosto de 1987: “Normas sobre

la reserva de las personas afectadas por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de los sujetos seropositivos”, allí donde se preveía en el art. 3: “salvas las obligaciones de comunicar de las que habla los artículos precedentes (denuncia obligatoria. *N.d.R.*), el agente sanitario está obligado al más riguroso secreto profesional sobre la identidad de las personas a las cuales se refiere la comunicación”.

Tampoco la facultad que tiene el médico de abstenerse de testificar sobre hechos o circunstancias cubiertos por el secreto profesional, según el art. 200 del Código Penal, como ha reiterado recientemente una sentencia del TAR del Lazio, no parece contravenir todo lo antes expuesto, si se considera que, aun no existiendo una obligación precisa de revelar el secreto, el médico puede (tiene la facultad de) revelarlo, de todos modos, en casos particulares.

Está claro, de cualquier manera, que queda a una prudente evaluación del caso concreto por parte del juez, y antes aún del médico mismo, verificar si en el caso en cuestión concurren efectivamente todas las circunstancias que hagan posible una opción a favor del bien jurídico prevaleciente, y esto a fin de evitar una proliferación indiscriminada de revelaciones del secreto profesional, revelaciones del secreto que, queremos repetirlo, están y deben estar sancionadas por norma.

Por encima de estas sintéticas reflexiones jurídicas, nos parece que debemos subrayar que, en último análisis, el debate sobre el alcance del secreto profesional es más problemático y candente en el ámbito deontológico, en el que subsisten posiciones realmente muy distantes. Sin embargo para el médico que tenga que enfrentarse a un caso semejante a los examinados en el curso del presente trabajo, parece razonable la solución adoptada por la AMA en el Informe YY por las razones expuestas, pero también porque tales resoluciones parecen armonizarse mejor con el contexto ético y jurídico vigente, que reconoce y garantiza el valor prioritario asumido por el bien de la vida humana.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Siguen siendo actuales todavía las referencias bibliográficas médico-científicas citadas por COMOGLIO L. P., *Misure anti AIDS e problemi costituzionali*, Foro Italiano, 1988, V. c. 289ss, las cuales por lo demás deben ser actualizadas con los datos reportados ampliamente en AA. VV.,

*Aids e sindromi correlate*, Actas de la III Reunión Nacional AntiSida, Nápoles 1989, Monduzzi editore, Bolonia, 1990 y en *AIDS, tra etica e assistenza: idee ed esperienze a confronto*, Reunión a cargo de la Caritas Ambrosiana, Milán, 1º diciembre 1990.

<sup>2</sup> Cfr. FORTUNA E., *Una strategia giuridico-sociale per la lotta all'AIDS*, Riv. It. Med. leg. 1988, X: 465.

<sup>3</sup> Más en general se puede afirmar que, en "términos jurídicos y médico legales el fenómeno SIDA ha evidenciado esencialmente la antinomia y la conflictividad, siempre latentes, en la contemporánea exigencia de proteger tanto el derecho a la salud de cada uno en particular como el de la comunidad: exigencia homogénea y unitaria cuando y mientras se trata de promover o preservar un estado de salud (de un particular o de muchos) pero no fácilmente reducible a uno y armonizable cuando la enfermedad de un individuo o de pocos pone en entredicho la salud o la integridad personal de muchos". Cfr. ANTONIOTTI F., en AA.VV., *L'Aids. Aspetti medico legali*, ed. Ist. Med. Soc., Roma, p. 10.

<sup>4</sup> Cfr. WHO'S Global Programme on AIDS, *Partner Notification Guidelines*, en *Aids Policy & Law*, febr. 22/1989, p. 1/2.

<sup>5</sup> Cfr. FUNARI A., *Il segreto professionale nell'esercizio della medicina*, Fed. Medica 1982, 3: 196-200.

<sup>6</sup> FORNARI BUZZI, *Aids e segreto professionale*, inédito todavía.

<sup>7</sup> Cfr. O'CONNELL A. S., *Questioni etiche relative alla trasmissione dei dati clinici. L'esperienza u.s.a.* en AA.VV., *Aids e sorveglianza epidemiologica*, a cargo de P. Cattorini, Padua: Liviana Ed., 1990.

<sup>8</sup> De este debate se ha hecho portavoz en especial el Cuaderno *AIDS e segretezza professionale* del Centro Internacional de Estudios e Investigaciones sobre los problemas éticos, jurídicos y médico-legales relativos al SIDA, a cargo de P. Cattorini. Liviana Ed., Padua 1989.

<sup>9</sup> La ética, aunque fuertemente correlacionada con la deontología médica y la medicina legal, se distingue de ellas "en virtud de su intrínseca calidad filosófica, la cual comporta un estilo analítico más radical, una anterioridad fundante y un llamado a la conciencia más íntegramente involucrante". Cfr. CATTORINI P., *Diagnosi di Aids e dovere di segretezza. Riflessioni etiche*, en AA.VV., *Aids e segretezza professionale* p. 57, nota 8. Véase también D'AGOSTINO F., *Medicina e diritto: riflessioni filosofiche*, en *Problemi giuridici della biomedicina* (Actas de la XXXVI Reunión Nacional de la Unión de Juristas Católicos Italianos, diciembre de 1987, Roma). Quaderni di Iustitia-38-Giuffrè, Milán.

<sup>10</sup> Cfr. O'CONNELL, *Questioni etiche*, cit.

<sup>11</sup> *Ibid.*

<sup>12</sup> Cfr. CATTORINI P., *Diagnosi di Aids e dovere di segretezza. Riflessioni etiche*, en AA.VV., *AIDS e segretezza professionale*, cit., 1989.

<sup>13</sup> Véase FARNETI, *Aids e segreto professionale. Considerazioni medico-legali* en AA.VV., *AIDS e segreto professionale*, cit., según el cual compete en última instancia al médico, por causa justificada social y colectiva, proteger la salud de sujetos convivientes con personas infectadas y por estas últimas no informados, y por tanto es deber del agente sanitario proceder a tal información, sin que ello deba recaer bajo la hipótesis del delito penalmente sancionado. El problema no se presenta en términos abstractos o difícilmente realizables en concreto: además, son aún parcialmente discutibles y están inexploradas todavía las eventuales consecuencias jurídicas y deontológicas a las que tendría que enfrentarse el médico que no lo revelara, considerándose cubierto por la norma relativa a dicho secreto profesional. Si de hecho el médico no revelara a un tercero particularmente calificado el estado de seropositividad o la infección de la pareja y luego se verificara el contagio, ¿podrá ser considerado el médico responsable respecto del paciente que ha contagiado a la pareja ignorante de lesiones personales o de homicidio? ¿O bien la simple exposición a un alto riesgo de contagio puede por sí sola originar una responsabilidad para el médico? Tales reflexiones no se plantean exclusivamente en un plano jurídico, sino también ético. Resultan, en efecto, sumamente desconcertantes

recientes crónicas judiciales internacionales que han referido casos de sujetos condenados por haber contagiado a la pareja a la cual no se le había revelado la condición de infección o por el sólo hecho de haberlo expuesto a un probable peligro de contagio. ¿Cómo evaluar la actividad del profesionalista?

<sup>14</sup> Cfr. CATTORINI, últ. op. cit., p. 69ss.

<sup>15</sup> Cfr. PETERMAN T. y otros, en JAMA, 259, 55, 1988.

<sup>16</sup> Veintisiete expertos de la Organización Mundial de la Salud reunidos en Ginebra en la primavera de 1989 tomaron en consideración la oportunidad de revelar el secreto a la pareja del infectado, conviniendo en que las modalidades de tal "notificación" (llevada a cabo a través del paciente o de la estructura sanitaria), cuyas ventajas en la lucha contra la difusión del SIDA son por lo demás indudables, deben tener en cuenta las variables locales nacionales de tipo epidemiológico, económico, ambiental y social y las actividades ya existentes en el sector, pero sobre todo responder a los objetivos de la estrategia mundial de prevención y lucha contra esta patología, insertarse de modo equilibrado en un programa global con carácter de voluntariedad y no coercitivo, garantizar la confidencialidad incluso por lo que respecta a los informes, y finalmente llevarse a cabo exclusivamente cuando los pacientes y sus parejas pueden beneficiarse de servicios apropiados. Se pidió, además, a la OMS que desempeñe una función de asistencia técnica a los programas nacionales que pretenden sopesar ventajas y desventajas de la notificación a las parejas, elabore reglas e instrumentos "normalizados" de descripción, comparación y evaluación de los programas y emprenda estudios de factibilidad para intervenciones experimentales. (Cfr. TERPI A., *Il sieropositivo informi il partner*, en *Il Medico d'Italia*, n° 39 del 1.6.1989.)

<sup>17</sup> Cfr. MANUEL y otros, *The ethical approach to AIDS: a bibliographical review*, Journal of Medical Ethics, 1990, 16: 14-27.

<sup>18</sup> Cfr. Suprema Corte. Secc. III, 22.2.1974, n° 1699.

<sup>19</sup> Cfr. PETRONE M., en la voz *Delitti contro l'invulnerabilità dei segreti*, en *Noviss. Dig. It.*, extracto p. 31.

<sup>20</sup> Cfr. *Comité international d'éthique sur le SIDA*, París 16 de mayo de 1989, Palacio del Eliseo.

<sup>21</sup> Cfr. BARNI en AA.VV., *L'AIDS. Aspetti medico-legali*, p. 16.

<sup>22</sup> Véase, por lo demás, lo que autorizadamente afirma MANTOVANI F., *Manuale di Diritto Penale*, Cedam, 1989, p. 272 en lo referente a las llamadas atenuantes típicas y el correspondiente problema de su incompatibilidad con un ordenamiento fundado en el principio de legalidad formal como el italiano. El autor sostiene que muchas, si no la totalidad, de las llamadas atenuantes lícitas pueden resumirse en atenuantes típicas (por ejemplo en el art. 51 del Código Penal).

<sup>23</sup> Cfr. FIANDACA-MUSCO, *Manuale di diritto penale*, parte general, 1985, p. 152-153.

<sup>24</sup> Cfr. en particular MARI en AA.VV., *L'AIDS. Aspetti medico-legali*, cit., p. 87, donde se subraya, por lo demás acertadamente, que el médico en particular no puede ser el único que tenga la responsabilidad de un secreto semejante, debiendo el problema encontrar en la colectividad, en las estructuras sanitarias públicas, su correspondiente intervención indicativa.

<sup>25</sup> Una panorámica completa de los sistemas de notificación en Italia y en el extranjero se encuentra en el volumen *AIDS e sorveglianza epidemiologica*, a cargo de P. Cattorini, ed. Liviana, Padua 1990.

<sup>26</sup> Estudios llevados a cabo en escuelas privadas francesas frecuentadas por el 80 por ciento de niños hemofílicos, de los cuales más de la mitad eran portadores del virus HIV, han demostrado que ninguno de los niños restantes no hemofílicos había contraído la infección durante los tres años de observación. La convivencia escolar y comunitaria, incluso en contextos frecuentados por un número elevado de niños seropositivos, no resulta ser, por tanto, una condición de riesgo para la transmisión de la infección. Cfr. *Bambini sieropositivi nelle comunità infantili* - Región

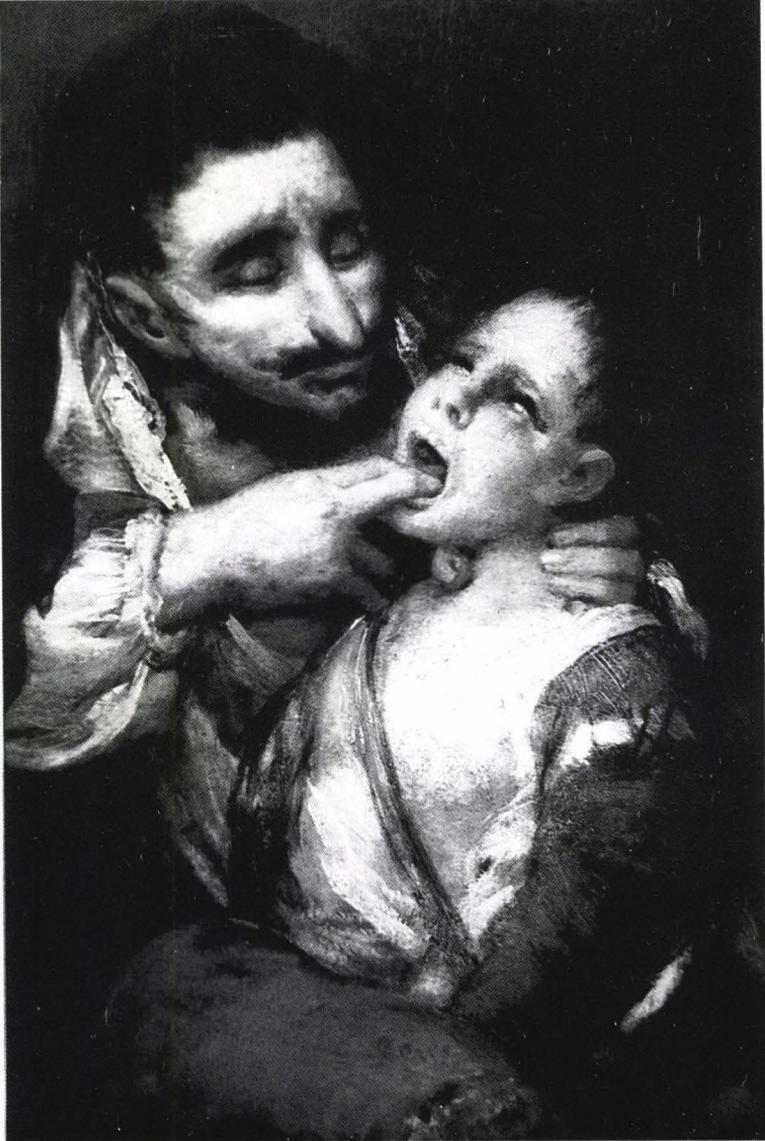
*INFECCION POR HIV Y SECRETO PROFESIONAL*

de la Lombardía - a cargo de M. Ceccarelli, L. Magnani, L. Tortarotti.

<sup>27</sup> Cfr. *Aids pediatrico - inserimento di soggetti sieropositivi nei nidi e nelle scuole materne*, a cargo del grupo técnico operativo de la Comisión ciudadana para la prevención del SIDA en Bolonia.



Mujer embarazada en consulta médica, Jan Steen, mediados siglo XVII



Difteria, Francisco Goya, 1802 - 1812

# Voluntariado y asistencia a pacientes infectados de SIDA

## Notas sobre un grupo de formación para voluntarios

*S. Fassino\**, *A. Ferrero\*\**, *P. L. Marchesi\*\*\**,  
*M. Mazzone\*\*\*\**

### Resumen

*En relación con las complejas dinámicas psico-sociales en que se ven implicados los sujetos HIV positivos y los pacientes de SIDA, se señala la necesidad de una adecuada preparación específica de todo el personal de asistencia; y se presenta, en el caso particular, la de los agentes que prestan su servicio en asociaciones del voluntariado organizado.*

*Se hace referencia a este propósito a un curso piloto de cuatro meses de duración organizado por la Cáritas de Turín en colaboración con la II Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Turín y la Sociedad Adleriana Italiana de Grupos y Análisis.*

*El proyecto de formación de este curso se articula en dos momentos distintos. El primero está constituido por la posibilidad de proporcionar a los futuros agentes informaciones adecuadas, mediante una serie de lecciones sobre los diversos aspectos del problema del SIDA. El segundo momento formativo se articula en los trabajos subsiguientes a cada lección, a través de encuentros en pequeños grupos (10-12 personas) heterocentrados sobre la tarea, que consiste en tener que discutir sobre los diversos*

\* Investigador confirmado en el Instituto de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Turín, II Cátedra (prof. G. G. Rovera).

\*\* Director y \*\*\* P. Prior del Instituto Neuropsiquiátrico "Fatebenefratelli" de S. Maurizio C. (Turín).

\*\*\*\* Ayudante en los Servicios Psiquiátricos USSL 49, Borgosesia (VC).

*aspectos de la comunicación con el paciente, bajo la guía de dos conductores, y con cerca de una hora de duración.*

*Se considera, en síntesis, que sólo mediante una participación crítica y por lo menos suficientemente consciente, los voluntarios podrán desempeñar la difícil tarea de estar cerca de los enfermos de SIDA en una relación de auténtica solidaridad.*

## **Preámbulo**

En relación con las complejas dinámicas psico-sociales en que se ven implicados, los sujetos HIV positivos y más aún los pacientes afectados de SIDA, tienden al mismo tiempo a aislarse o a marginarse y a tener, sin embargo, mayor necesidad de relaciones humanas positivas. Resulta así importante prestar una atención psicológica a esos agentes socio-sanitarios que de cuando en cuando pueden entrar en una relación privilegiada de intimidad y confianza con el enfermo: un enfermo emblemático que lleva en sí el “signo de los tiempos”.<sup>1</sup>

Es éste el caso de los médicos y del personal enfermero, como han observado Cazzullo y colaboradores,<sup>2</sup> así como de los voluntarios que actúan en el campo de la asistencia psicológica, social y, en sentido más amplio, humana de este tipo de pacientes.

A estos agentes “se les debe ofrecer la posibilidad de alcanzar, si lo desean y cuando sientan la necesidad, un instrumento de autoanálisis y de confrontación centrado en el problema de la relación con el enfermo de SIDA”.<sup>3</sup>

Estas posibilidades de asesoría psicológica para quienes trabajan al lado de los enfermos debería constituir parte integrante de una intervención psicológica en conjunto que abarque también los tratamientos de psicoterapia de apoyo y de esclarecimiento para los pacientes que lo necesiten y el conjunto de las actividades informativo-educativas dirigidas a la población en general y a los grupos de riesgo.

En los estudios efectuados en los años más recientes se ha podido ya evidenciar cómo el SIDA comporta para el paciente que está o estará afectado dificultades psicológicas (e incluso psico-sociales) enteramente específicas, que en muchos casos se agregan a las ya presentes en razón

de la particular estructura de la personalidad de gran parte de estos sujetos que, incluso por razón de su estilo de vida, han contraído la infección.

Por lo que concierne a la vivencia específica del SIDA, fácilmente llegan a activarse en primer lugar los temas que se refieren a la anulación de los posibles existenciales (y por tanto a la muerte) y, paralelamente, de las posibilidades de significación (la muerte bajo el perfil psicológico). Con esto se vinculan los sentimientos de muerte inminente o de incurabilidad y la resurgencia imprevista de una cantidad de material inconsciente, tenazmente vinculado con el mito paradójico<sup>4</sup> de la inmortalidad. Esto es lo que puede guiar idealmente el afán de vivir sin por eso inundar la dimensión de lo real, como ocurre por ejemplo cuando el sujeto se desinteresa completamente de los auxilios terapéuticos o bien de difundir a otros el contagio.

Otro tema específicamente puesto en juego, en parte vinculado pero no coincidente con la dimensión psicológica de la muerte, es el de la propia destructividad, de los otros, de las situaciones y de los eventos.

En sentido amplio este tema abarca también los problemas de la definición del límite ético de la búsqueda del placer, tanto más si la infección se ha contraído por razón del uso por vía endovenosa de sustancias estupefacientes o de relaciones homosexuales o heterosexuales ocasionales. Con referencia sobre todo a las potencialidades autodestructivas, emergen aquí los sentimientos de culpa y los temores de condena moral, pero también, desde otra perspectiva, el miedo a lo desconocido, no sólo vivido como amenaza proveniente del exterior.

Por lo que concierne a la destrucción y la pérdida de determinantes sociales de *status* y de función, resultan relevantes los temores que se refieren a las futuras capacidades reducidas y a las posibilidades laborales, o bien el problema de una eventual renuncia a estilos consolidados de comportamiento. Esta se constituye entonces como posible "amenaza para la misma integridad del Sí"<sup>5</sup> cuando forman parte ya de la identidad del individuo. Se evidencia además el temor de que estén gravemente amenazadas las relaciones sociales y las relaciones afectivas significativas, así como la angustia que se refiere a la pérdida misma de la eficiencia física y a la aparición del dolor y del sufrimiento.

Un tercer aspecto específico concierne a las vivencias vinculadas con la dimensión psicológica de la invasividad, y se refieren a la definición

de los confines del Yo además de a la regulación de las dinámicas sociales de violencia, y se evocan las posibilidades de contagio de la enfermedad.

Con la vivencia del SIDA interactúan, luego, como ya hemos adelantado y como una vez más lo esquematiza Cazzullo y colaboradores<sup>6</sup>, la personalidad de base y la marcha misma de la enfermedad, para determinar fases específicas de desestructuración y de reestructuración de las defensas intrapsíquicas del individuo y para condicionar las vicisitudes de la desadaptación o readaptación social.

Con estas fases dinámicas psicológicas y sociales se enfrentan los agentes que por cualquier motivo asisten a los pacientes, además de, naturalmente, las habituales figuras de referencia significativas de la vida cotidiana.

### **Una experiencia de formación con grupos de voluntarios**

Nos referimos aquí a una iniciativa promovida por la Cáritas de Turín en colaboración con la II Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Turín y la Sociedad Adleriana Italiana de Grupos y Análisis, para la formación de agentes voluntarios de asistencia a sujetos HIV positivos y afectados de SIDA.

El programa de este curso piloto de cuatro meses de duración se desarrolló en dos momentos.

En el primer momento se abordaron cada uno de los argumentos específicos concernientes al tema del SIDA, en forma de lecciones impartidas por profesores calificados en cada uno de ellos y de sucesiva discusión en asamblea.

Los temas elegidos fueron, por este orden: aspectos biológicos, aspectos epidemiológicos, aspectos clínicos, SIDA y medios de comunicación, aspectos asistenciales, aspectos morales, aspectos médico-legales, aspectos psicológicos, aspectos sociales, aspectos teológicos, aspectos del voluntariado y, finalmente, con referencia coherente también a la matriz declaradamente católica de la iniciativa y del credo de los participantes, dos encuentros finales sobre el significado de la presencia de los religiosos en este tipo particular de actividad y sobre la necesidad de la asistencia religiosa a los pacientes (incluidos los correspondientes problemas de organización). El segundo momento

consistió, en cambio, en un encuentro de cerca de una hora de duración, consecutivo a las lecciones, en pequeños grupos (10-12 personas) heterocentrados en la tarea, que consistía en tener que discutir sobre los diversos aspectos de la comunicación con el paciente de SIDA y su familia, bajo la guía de dos conductores.

El específico peso formativo inherente a dichos grupos de trabajo lo constituye la oportunidad de vivir una experiencia relacional en el grupo y al mismo tiempo observarla.<sup>7</sup>

Lo que el participante aprende de la experiencia no se derivaría tanto de las nociones transmitidas por los conductores o por los miembros del grupo, cuanto de la actitud y del tipo de relación que se vive dentro del grupo mismo.

En este caso, pues, la relación de grupo es una experiencia de relación en vivo que tiene por finalidad mejorar la que el voluntario llevará con su asistido.<sup>8</sup>

El grupo se propone entonces comprender, resolver y reanudar el diálogo y la reciprocidad de comunicación auténtica entre los interlocutores (tanto dentro del mismo como experiencia crucial, cuanto en el exterior entre el voluntario y el enfermo).

Por consiguiente, se trata en general de promover, mediante el instrumento del trabajo conjunto, un estímulo inicial de tratar de lograr que en cada uno madure una actitud creativa-receptiva,<sup>9</sup> una actitud de escucha que renuncie a cualquier comprensión o acción prematura, a menudo encaminada mayormente a la propia tranquilización más que a la del enfermo. Para alguna ulterior reflexión sobre estos aspectos nos referiremos a lo que se sacó de las doce sesiones de uno de los cuatro grupos que se habían formado, el conducido por dos de nosotros.

Los componentes del grupo pertenecían a diversas áreas culturales y profesionales (médicos, enfermeros, asistentes religiosos, empleados), pero presentaban una "homogénea motivación" para dedicar parte de su competencia profesional, conforme a los criterios del voluntariado organizado, a asistir a los enfermos de SIDA en estructuras hospitalarias o extra-hospitalarias.

Como ya dijimos, los grupos tenían la posibilidad, bajo el perfil de los contenidos de la discusión, de referirse en general al tema asignado o de recoger los estímulos que las lecciones inmediatamente precedentes podían evocar en los participantes.

En el grupo al que nos referimos, estas dos modalidades se fueron alternando y se puede decir que en general los puntos de partida proporcionados por las informaciones, por las ideas y por las razones expresadas en los informes, sólo en parte fueron acogidos y aceptados, a despecho de un declarado interés y en ausencia, bien de las reuniones de asamblea, bien en los trabajos al interior del grupo mismo, de explícitas contestaciones importantes.

Por lo que se refiere a las dinámicas en relación con los contenidos expresados, el grupo se vio obligado obviamente a tener que captar sus conexiones: una cosa es cómo se querría comunicar (los contenidos) y otra cómo de hecho se comunica (las dinámicas). A este propósito, entrando más en detalle en el arco entero de los encuentros de este grupo, se pueden distinguir esquemáticamente tres fases.

En la primera, que se prolongó algo más que las siguientes, se puso de manifiesto una producción de contenidos más bien genéricos inherentes a la necesidad de estar cerca y cuidar a quien lo necesita; a ella correspondió un acercamiento relacional cauto en el que el grupo sancionó relaciones de equilibrio ritualizado entre los componentes del mismo.

Un ejemplo evidente de esta modalidad relacional se tuvo ya en el primer encuentro: todos se presentaron brevemente, sin que, por lo demás, hubiera una estimulación específica en tal sentido por parte de los conductores. En el tercer encuentro, con mucho orden, comenzando por la derecha y terminando en la parte izquierda, y luego viceversa, todos aportaron su contribución a la discusión.

Mientras tanto, en un momento inmediatamente posterior, el grupo mostró su tolerancia y aceptación respecto de algunos miembros que de hecho lo "utilizaron" para poder esternar de forma catártica motivos ligados a vicisitudes estrictamente personales, y que de hecho transitaron y salieron del grupo mismo sin lograr integrarse en él.

En una segunda fase se registró una profundización gradual de los temas con explicitación de puntos de vista más específicos, mientras bajo el perfil de las dinámicas relacionales el grupo pudo confrontarse también con las dimensiones de la ausencia y de la protesta, dirigida incluso contra los conductores.

En una tercera fase, finalmente, prevaleció la necesidad de una reflexión sobre el sentido individual y de grupo de la experiencia vivida.

Al mismo tiempo se intentó una síntesis de los temas examinados para captar también sus implicaciones operativas (los conductores estimularon y alentaron al grupo a redactar un documento final sintético).

La composición transcultural del grupo<sup>10</sup> con referencia a los diversos lenguajes, no sólo profesionales, de los participantes, originó dificultades de comunicación pero mientras tanto permitió la experiencia de comprender “a los que hablan, a los que son de diversa manera”.

Podemos resumir, así, esquemáticamente la experiencia del grupo que venimos considerando, bajo el perfil de la experiencia y de los contenidos:

a) en la primera fase el grupo parecía estar preferentemente atento a definir la función de cada uno de los participantes y a afrontar las eventuales ansias de desindividualización; en la segunda fase se intentó predominantemente definir el papel de los conductores; en la fase final se comprometió a puntualizar más bien el papel del grupo mismo en su conjunto;

b) los contenidos más importantes de la discusión se refirieron al tema de la comunicación con el paciente (técnica, actitud, contra-actitud), las situaciones de contexto (familia, situaciones socio-sanitarias, cultura y ambiente), el papel y el sentido de la posición del agente voluntario en relación con los dos aspectos mencionados; y finalmente, el valor de la dimensión religiosa, también como consecuencia del hecho de que se trataba de un grupo de inspiración católica.

### **Algunos puntos de partida de la reflexión**

En la experiencia de formación que estamos refiriendo, las personas que quieren dedicarse a la asistencia a los sujetos HIV positivos o a los pacientes afectados de SIDA tienen la oportunidad de confrontar sus propias motivaciones para ser voluntario; más precisamente, para este objetivo no sólo son importantes, como hemos subrayado ya, los problemas específicos de los futuros asistidos, sino también las modalidades con que estos problemas pueden ser discutidos y planteados por los futuros agentes asistenciales; el fruto de estas reelaboraciones deberá luego ser integrado en el plano de intervención de grupo, dentro de los equipos predispuestos por las asociaciones de voluntariado.

El agente se deberá preparar a verse involucrado en un complejo proceso psicológico del paciente porque estará llamado a proponer una respuesta de ayuda; ésta dependerá en gran parte del modo como anteriormente el voluntariado haya afrontado y resuelto los análogos eventuales problemas personales y en particular del modo como pueda aceptar el desafío que el paciente contrapondrá a sus motivaciones de asistencia.

Esta complejidad se puede comprender por el hecho de que es fácil imaginar “el esfuerzo de reorganización interna que se va a pedir (al paciente), no sólo para enfrentar la amenaza nueva, sino todas las antiguas que se habían dejado a un lado y que reaparecen, no sofocadas ya por la heroína o la frenética búsqueda del encuentro sexual, o por la confianza en el benéfico factor antihemofílico”.<sup>11</sup>

Este proceso desencadena mecanismos dispares de defensa con una función adaptativa, pero que entonces tienen también un significado profundamente regresivo.

Las actitudes rituales de tipo expiatorio, por ejemplo, representan casi un intento de aplacar, exorcizándolo, el juicio interior y no sólo las acusaciones de la sociedad: son éstos los sujetos que inhiben excesivamente sus conductas con la convicción de ser contagiosos más allá de cuanto sería lógico temer. Las vivencias de abandono o de mutilación de las propias posibilidades existenciales (por ejemplo, una injustificada interrupción de la relación con la pareja) pueden en cambio tener el significado psicológico de prevenir y enfrentar las amenazas de pérdida, bien de la autoestima y de la imagen de sí (la pareja encarna entonces las propias partes buenas que deben ser salvadas), o bien de las personas o de las situaciones sociales acerca de las cuales estaba más implicado.

Además, los mecanismos grandiosos y egocéntricos de compensación, como autovalorización y defensa contra la desesperación, los mecanismos de proyección paranoide, más bien raros pero importantes de reconocer, los mecanismos de negación que en ocasiones habría que saber respetar con atención, éstos y otros fenómenos son bastante relevantes para la vivencia incluso del voluntario, y por tanto para la correcta comunicación con el paciente.

Estas actitudes psicológicas y otras más tienen conexiones implícitas con las dinámicas vividas en el grupo de formación, cuando junto con las

demás se refieren o se fantasean las propias relaciones con los pacientes y los motivos propios para emprender o proseguir este particular tipo de voluntariado.

La experiencia formativa, y por tanto la información en profundidad, así como el trabajo de sensibilización en el grupo, deben promover, teniendo en cuenta las necesidades del paciente de SIDA, una saludable crítica de las motivaciones que más frecuentemente aduce el voluntario sobre su propio trabajo, y entre éstas las más recurrentes son: intensas y pasadas experiencias con sujetos afectados por graves patologías orgánicas (por ejemplo, pacientes oncológicos), evaluación de la importancia de una forma de compromiso socio-político, aprecio por el trabajo en equipo, motivaciones de orden ético-religioso, la conciencia vivida de ser personas privilegiadas, el remordimiento por las culpas propias, la necesidad de exorcizar el miedo a la muerte, etc.<sup>12</sup>

“El SIDA actúa como un analizador de valores en torno a los cuales gira nuestra sociedad”<sup>13</sup>, incluidos aquellos sobre los que gira la específica subcultura del voluntariado, en el caso en cuestión de inspiración católica. Además: “La presencia de los enfermos de momento incurables, cuyo número va creciendo cada vez más de manera explosiva, nos interpela sobre lo que queremos”<sup>14</sup>, y en sentido específico añadimos aquí, sobre lo que quieren los voluntarios que los asisten y sobre el tipo de “respuesta de vida”<sup>15</sup> que proponen.

Creemos, pues, que sólo mediante una participación crítica y por lo menos suficientemente consciente los voluntarios pueden desempeñar su difícil tarea de estar cerca de los enfermos de SIDA “en una relación de solidaridad”<sup>16</sup> indispensable para darle un sentido y un objetivo no reductivo<sup>17</sup>, a la existencia.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> COTTIER G., *AIDS: un segno dei tempi*, Dolentium Hominum 1990, 13: 32-40.

<sup>2</sup> CAZZULLO C. L., MARTINI S. et al., *AIDS: aspetti psico-sociali* en Cargnel A. Zanetti A. (a cargo de), *AIDS, una prossimità possibile*, Brescia: Clas, 1987.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

<sup>4</sup> VICINI M. A., *L'approccio al malato di AIDS*.

<sup>5</sup> SIMONELLI C., SOLANO L., *Psicologia e AIDS*, Roma: NIS, 1988.

- <sup>6</sup> CAZZULLO, MARTINI et al., *AIDS: aspetti psico-sociali...*, Brescia, 1987.
- <sup>7</sup> LAI G., *Gruppi di apprendimento*, Turin: Boringhieri, 1976.
- <sup>8</sup> ROVERA G. G., *Involving doctors e psichiatria di liason di fronte al problema del cancro*, Roma: UICC, 1984.
- <sup>9</sup> FASSINO S., *Sentimento sociale e sé creativo: il gruppo e l'individuo*, *Indiv. Psychol. Dossier*, Turin: SAIGA, 1988.
- <sup>10</sup> ANCONA L., *Una sorgente della comunicazione transpersonale: la transcultura*, *Arch. Psicol. Neurol. e Psich.* 1988, 49 (2): 167-175.
- <sup>11</sup> SIMONELLI, SOLANO, *Psicologia e AIDS...*, Roma, 1988.
- <sup>12</sup> VALERA L., *Ricerca delle motivazioni psico-sociali del volontariato professionalizzato*, en Cargnel, Zanetti, *AIDS...*, Brescia, 1987.
- <sup>13</sup> MARCHESI P. L., *AIDS, emergenza morale e strategia di prevenzione. Quale progetto per la solidarietà cristiana?*, Milán: ed. Fatebenefratelli, 1990.
- <sup>14</sup> *Ibidem*.
- <sup>15</sup> ANGELINI F., *Per una risposta di vita*, *Dolentium Hominum* 1990, 13: 13-15.
- <sup>16</sup> MARCHESI, *AIDS, emergenza morale...*, Milán, 1990.
- <sup>17</sup> O'CONNOR J. J., *AIDS: scienza e coscienza*, *Dolentium Hominum* 1990, 13: 15-24.



El doctor rural, David Twniers, siglo XVII

# DEL INSTITUTO DE HUMANISMO EN CIENCIAS DE LA SALUD

## En favor de la “buena” eutanasia

*Dr. Edgar Morales Juvera*

*Un bel morir tutta la vita onora\**

Se dice que toda aquella discusión que dure lo suficiente terminará en semántica, y la eutanasia no ha sido la excepción, ya que toda vez que se hace referencia al tema, surge de manera sistemática toda una serie de conceptos, algunos diametralmente opuestos no sólo entre sí, sino inclusive al significado etimológico del vocablo en discusión. Es dicha ambigüedad y mi ingreso a la Medicina “real” (no de libro) lo que me ha llevado a tratar de concretar toda esta contraposición de conceptos e ideas. Ya que indefectiblemente, al hablar de eutanasia, se considera al homicidio y al suicidio como sinónimos, situación, a mi juicio, nada más alejada de la realidad.

Es de todos conocido que con las técnicas modernas de sanidad, en donde podemos incluir a la Medicina, se han obtenido resultados alentadores en la expectativa de vida, pero aún nadie ha encontrado la fuente de la eterna juventud y menos aún de la eterna vida, de lo que podemos deducir que todos los seres humanos tenemos que morir. Para muchos quizá se extienda demasiado la duración de esta etapa del proceso natural de la vida (nacer, crecer, reproducirse y morir).

Prácticamente todos, en algún momento, nos ocupamos en acalorada controversia de definir e indicar la “bondad” o la “maldad” de la eutanasia, y somos los médicos, los abogados y los medios de comunicación los que mantenemos viva tal controversia, pero quizá el

\* Un buen (bello) morir toda la vida honra

médico sea el más afectado por tal situación ya que casi siempre se intuye que éste participará de alguna forma en el proceso.

La eutanasia no resulta ser un problema ético exclusivo de nuestra época, sino tan antiguo como la humanidad misma. En las primeras civilizaciones se prestaba atención sólo a los individuos “normales” y aptos. Platón escribe en La República: “...establecerás en el Estado una disciplina y una jurisprudencia que se limite a cuidar de los ciudadanos sanos de cuerpo y alma; se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo...”. En Esparta existía el “barranco de los deformes”; Aristóteles lo aprueba por razones políticas. En Mesoamérica aunque, en una dimensión diferente, algunos “tenían” que morir.

Obvio es que desde entonces había quien estaba en desacuerdo con tal situación. El juramento hipocrático dice “...no me dejaré inducir por la sollicitación de nadie, sea quien sea, a dar un veneno o a ofrecer mi consejo en un caso así ...”. Cicerón dijo: “..tú, oh Publio, y todas las personas rectas, debéis conservar vuestra vida y no debéis alejaros de ella sin el mandato de Aquél que os la dio.....”

El vocablo *eutanasia*, procede del griego y etimológicamente significa *buena muerte*. El término ha ido evolucionando al través del tiempo. Son Francis Bacon y Santo Tomás Moro los que aproximan el concepto a su significado actual, ya que introducen el sentido de procurar o acelerar la muerte del enfermo, como lo menciona, Santo Tomás en “Utopía”. Así Bacon es quien introduce el término eutanasia”, e incluye entre los cometidos del médico: “Devolver la salud y mitigar los dolores y los sufrimientos, no sólo en cuanto esta mitigación pueda conducir a la curación, sino también si puede servir para procurar una muerte fácil y tranquila...”

Es quizá el cristianismo el que más influye para que se defienda la eutanasia en su concepto etimológico y original. En el siglo XVIII se presenta como la acción que produce una muerte fácil (aunque no se concreta qué acción), y en el siglo XIX se filtra un nuevo concepto, la acción de matar a alguien por “piedad”. Es entonces cuando se empieza a trabajar para que se aprueben leyes permisivas de la eutanasia, (en la modalidad última mencionada) y se crean asociaciones; y corrientes políticas para la eliminación de los “no útiles” para la sociedad, como minusválidos, enfermos mentales, ancianos etc., hecho ejemplificado durante la segunda Guerra Mundial.

En Washington D.C. (E.U.A.) se discute sobre el proyecto de ley para que aquella persona con una enfermedad terminal y con una sobre-vida de seis meses o menos, tenga el derecho (jurídico) de solicitar a su médico que lo asista en lo que quieren definir como eutanasia. Esta iniciativa presenta a mi parecer una serie de inconvenientes. El primero lo que ellos solicitan no es eutanasia sino suicidio. Segundo, nadie puede asegurar al cien por ciento que un paciente va a vivir menos de 5 meses 30 días y 23 horas con 59 segundos. El médico no puede ser obligado a asistir a alguien en su suicidio, de hacerlo quizá se convierta en homicida.

En la actualidad, se suele definir como la operación voluntaria de facilitar la muerte sin dolor, por razones de piedad, ya sea para evitar duros sufrimientos en los enfermos, o para evitar un futuro doloroso a una vida humana sin valor. Pero de aquí se desprenden otros conceptos que no hacen más que complicar el asunto. Primero, ¿cómo cuantificamos el valor de la vida, qué vida realmente vale y cuál no?. Segundo, la dignidad de la vida y la de la muerte. Si la vida y la muerte deben tener dignidad, cuándo y cómo aplicar tal adjetivo.

Partiendo de tales definiciones se pueden presentar diferentes alternativas a la eutanasia. Tradicionalmente se han distinguido dos tipos: la eutanasia activa o positiva, y la negativa o pasiva. Cabe mencionar que el término positivo o negativo no indica bueno y malo, respectivamente.

La activa tiene a su vez dos vertientes:

La de tipo directo, que es la acción médica, o no, conducente a la eliminación de la vida del enfermo. Un clásico ejemplo es la sobredosis de morfina, con la que se pretende acabar con la vida del enfermo, no con su dolor. A este tipo me atrevería a quitarle la etiqueta de eutanasia y reetiquetarla como homicidio o suicidio, según el caso.

En la de tipo indirecto se pretende aliviar el dolor (según el ejemplo anterior), aunque secundariamente pueda acortarse la vida. Esta es también conocida como lenitiva, y es moralmente permisible.

La eutanasia pasiva consiste en la omisión o no puesta en práctica de la terapéutica adecuada para lograr prolongar la vida del enfermo. Ejemplo: retirar el ventilador a un paciente recuperable, o no realizar alguna cirugía a un niño con Síndrome de Down, o no suministrar el tratamiento elemental a enfermos terminales.

Este último tipo de eutanasia ha sido muy discutido, por la pluralidad de casos y causas, por ello se ha propuesto la utilización de términos como DISTANASIA y ORTOSTANASIA, que ayudan en gran medida a uno de los propósitos del presente artículo.

La distanasia se refiere a aquélla que se esfuerza incluso más allá de lo razonable por mantener con vida a un moribundo, situación que también se denomina como “encarnizamiento terapéutico”, entre otras.

La ORTOSTANASIA sería justo lo contrario, no utilizar medios desproporcionados (para el caso) y por ello permitir una muerte más natural, quizá lo ideal.

Hacia 1935 aparece en Inglaterra la asociación EXIT, la primera que propugna el “Derecho a morir” esta se transforma en “*Voluntary Euthanasia Society*”.

En 1939 se constituye la Euthanasia Society of America, quien en 1967 funda, Euthanasia Educational Fund. La NVVVE en Holanda es una de las asociaciones más activas, la cual edita un libro bajo el título de “*Justifiable Euthanasia; a Manual for the Medical Profession*”.

Estas y otras asociaciones similares se encuentran asociadas a la Federación Mundial de Sociedades pro-Derecho a Morir.

El concepto fundamental de todas estas Asociaciones está basado en que si tengo derecho a Vivir, entonces también tengo derecho a Morir, situación cierta si consideramos el ciclo biológico de los seres vivos, donde se desvirtúa el concepto es en la forma que pido de Morir, ya que si nos basamos en la ética y moral universal, si tengo el derecho a morir, será de la forma más “natural” posible, lo cual no incluye ni el método ni la hora.

Una de las dificultades importantes del derecho a morir, es que no todos los pacientes pueden manifestar su voluntad, debido al estado crítico con que ingresan a las unidades hospitalarias.

*Esta es mi voluntad ó Living Will*, es el documento que trata de poner fin a esta situación. La esencia de este documento es la solicitud de una persona para que no lo mantengan por medios artificiales, al no existir esperanza razonable de recuperación..” Pero esto trae consigo toda una serie de dificultades, puesto que debe de revalidarse cada “x” tiempo, debe ser repartido con antelación a quienes pudieran estar a cargo del cuidado del enfermo (familia, médico, sacerdote, abogado, etc.)

El mencionar medios artificiales, nos obliga a considerar los términos de medios extraordinario y ordinarios, que por cierto son poco consistentes

y constantes, pues debido a la velocidad del avance tecnológico, lo que consideramos como extraordinario, quizá mañana no lo sea y viceversa, por que que en un tiempo se adoptaron los términos proporcionados y desproporcionados, y actualmente se tiende a usar Medios Útiles y Medios Inútiles, que se designan según cada enfermo.

Para tratar de clasificarlos en forma mas concreta, debemos considerar, el tipo de terapia, el grado de dificultad y riesgo que comportan, las posibilidades de aplicación, el resultado que se pueda esperar, así como el costo no sólo económico, sino también social y moral que conlleva. Supeditado todo ello a las condiciones del enfermo.

En el caso de que un enfermo se encuentre sin alteración del estado de alerta, y por ende pueda decidir en forma adecuada, es necesario que conozca las posibilidades, en base a la declaración de los derechos del paciente, en donde se expresa que, “....El paciente tiene el derecho a recibir de su médico una completa información referente a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en los términos que se espera estén razonables y al alcance del enfermo. ....Cuando desde el punto de vista médico no es aconsejable suministrar tal información al paciente, se debe poner a disposición de una persona indicada (legalmente responsable) que la sustituya. Tal persona tiene derecho a conocer por su nombre al médico responsable que coordina la atención.....” El mismo documento también menciona “...El enfermo tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento, según lo permitido por la ley, y a ser informado de las consecuencias médicas de su acción”

Para lo anterior es conveniente tomar en cuenta las normas de la Etica Médica en cuanto al consentimiento Informado, para cualquier acción, puesto que es lícito aplicar terapéuticas en experimentación siempre y cuando no exista ningún otro método de tratamiento o diagnóstico que lo sustituya y los riesgos sean menores a los beneficios.

Como es lógico todo el proceso de la muerte y la eutanasia, se encuentra llena de matices psicológicos que es conveniente considerar.

Las fases por las que atraviesa un enfermo quien se sabe poseedor de una enfermedad terminal son:

- 1- Fase de negación de la enfermedad
- 2- Fase de ira: por el hecho de que la enfermedad le afecte a él, y no a otros
- 3- Fase de negociación: Ante sí mismo y el médico

4- Fase de depresión: Ante el pasado y el futuro

5- Fase de aceptación

Para lograr una opinión autentica por parte del paciente o la persona legalmente responsable, es necesario dar apoyo psicológico y afectivo, este último frecuentemente olvidado ante la tecnificación de la medicina, que es quizá el mas importante, para que el enfermo llegue a la última fase y al aceptar su condición, pueda emitir una decision mas legítima, y se eviten así los matices de las etapas primeras.

El Hombre, es el único ser viviente que sabe que va a morir, no hay nada mas confiable y cierto en la vida, que la muerte, a pesar de ello, es un tema sobre el cual poco nos gusta pensar, ni hablar, y menos tratandose de nuestra muerte.

La realidad de la muerte es un evento innegable en la vida, consituye una sutil forma de autoengaño el evitar pensar o hablar de ella. Algunas centurias atrás, la muerte y los moribundos, naturalmente, no eran desterrados y aislados para que fueran custodiados por la soledad, o por un equipo médico, sino que morían en casa, con los suyos, rodeados por amigos, de tal forma que los hijos veían morir a los abuelos, a los padres, a los hermanos, y así se familiarizaban con la realidad de la muerte, y de paso del sufrimiento, lo que les permitía aceptar inclusive su propio sufrimiento y su propia muerte.

En nuestra época, la de la “nueva medicina”, la gente empieza a morir en centros hospitalarios, los médicos y los parientes, abandonamos el oficio de ser el *nuntius mortis* (mensajero de la muerte), pocos o nadie le dice al enfermo que la muerte esta cerca, en vez de ser francos se empezó a usar el juego de ocultar la verdad a los padres y seres queridos, situación que afortunadamente empieza a cambiar.

El médico y el personal de salud en general, no nos encontramos preparados para asistir a los moribundos. El médico que no cura a su paciente, generalmente no se encuentra capacitado más que para mitigar su dolor físico, no cuenta con el tiempo ni con la energía física, y menos con la preparación para reconfortarlo y acopañarlo en sus últimos momentos, y muere *solo* a pesar de estar rodeado de gente.

El temor a la muerte sólo puede superarse enfrentándonos a ella y preparándonos para ella.

La *ortostanasia* sería justo lo contrario: no utilizar desproporcionados (para el caso) y por ello permitir una muerte más natural, quizá lo ideal.

## Conclusiones

— La eutanasia no es sinónimo de homicidio ni de suicidio, por lo tanto no debemos usar el término para encubrir tales acciones. A fin de evitar tal confusión podremos utilizar *ortostanasia*.

— La humanidad, incluyendo al médico, debe de insistir en la ortostanasia. Debe de procurar toda la vida, con sentido humano, pero no toda la vida a cualquier costo (distanasia), o cuando menos debe procurar la eutanasia lenitiva.

— No es ética ni moralmente permisible que un médico (o cualquier otro ser humano) participe en la terminación voluntaria (léase suicidio u homicidio) de una vida humana.

— Es necesaria la creación de comités de ética en toda institución que tenga que ver con la vida y la muerte humanas, debiendo ser estos multidisciplinarios (médicos, sacerdotes, abogados, psicólogos, trabajadores sociales, etc) y en su momento con la participación del enfermo y/o sus familiares.

— Obtener siempre el consentimiento informado.

— Apoyar al paciente técnicamente (ventiladores, nutrición artificial, etc.) pero también afectiva y psicológicamente.

— Todo individuo tiene derecho a la vida y derecho a la muerte, es decir, puede disponer de su vida, pero no de su muerte. excepto cuando sacrifica su propia subsistencia por una causa superior (por amor al hombre o a Dios)

— El médico y todo aquél que se encuentre al cuidado de pacientes terminales, debe de prepararse para poder asistir en forma completa al enfermo (bio-psico-socio-cultural). Y así realmente acompañarlo en sus últimos momentos, considerando toda la dimensión del dolor y sufrimiento, no sólo la humana sino también la dimensión espiritual.

Es con base en todo lo anterior como el médico, así como el resto de la sociedad, debe de pugnar por la eutanasia u ortostanasia, (La “buena” eutanasia) y para ser más precisos, tener en cuenta las consideraciones semánticas ya expuestas.

*Gramatici certant, et adhuc sub iudice lis est. \*\**

\*\* Los gramáticos discuten, el pleito está todavía ante el juez (Hemistiquio de Horacio)

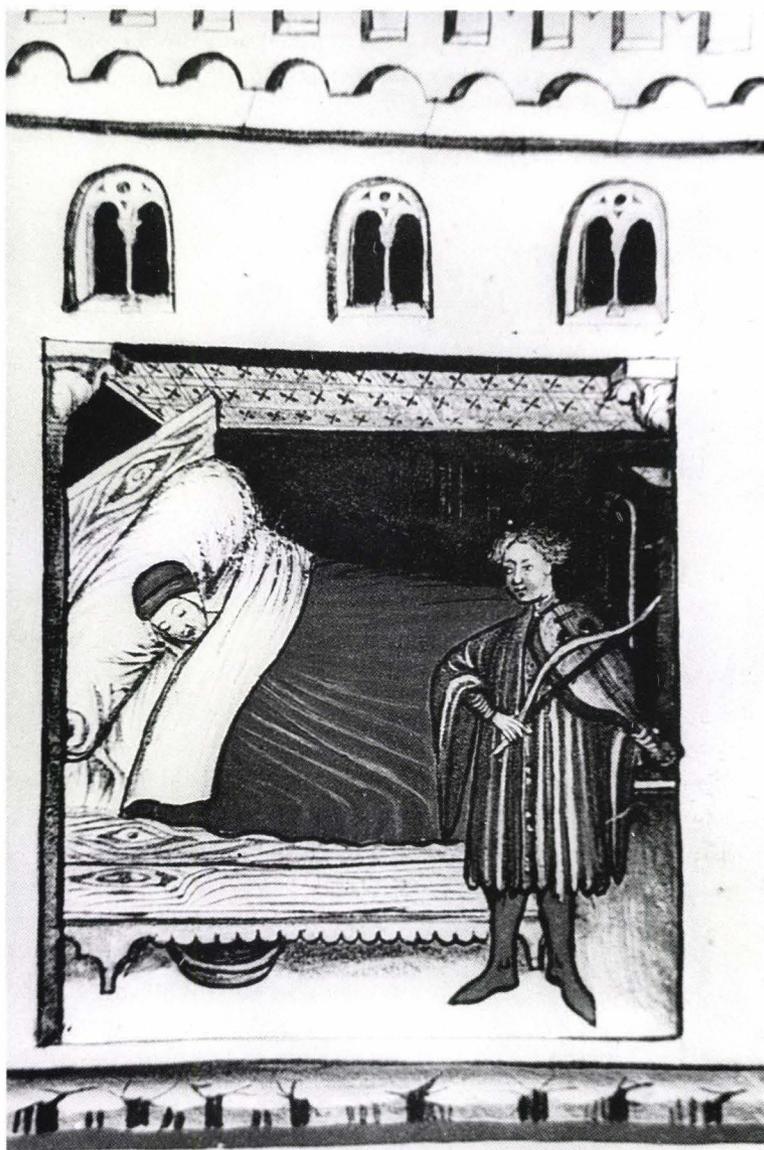


Ilustración del libro de herbolaria “Tacuinum sanitatis in medicina”,  
siglo xiv

# De la literatura internacional

a cargo de Antonio G. Spagnolo

## Las razones “verdes” de una ética dialéctica para la biosfera

DRYZEK J. S., *Green Reason: Communicative Ethics for the Biosphere*. *Environmental Ethics* 1990, 12: 195-210.

Las posiciones de ecologistas, animalistas, panteístas, ecofeministas, sociobiologistas y de otros grupos más difieren en el campo de la ética y de las políticas ambientales, pero todos parecen concordar en el rechazo de un rígido antropocentrismo y de una visión utilitarista del mundo por parte de la sociedad industrial y de la moral liberal. El aspecto negativo de este rechazo sería, sin embargo —según hace notar John S. Dryzek, el autor de este trabajo— una sutil transformación de la ética en epistemología, transformación justificada por el hecho de que la sola reflexión ética no bastaría para enfrentar en su totalidad los problemas del ambien-

te, al referirse muchos de éstos a instancias de orden cognoscitivo y racional que estarían excluidas por la ética.

Dryzek subraya que es precisamente una noción exclusivamente instrumental de racionalidad —definida como capacidad de individualizar, construir y perfeccionar instrumentos o medios adecuados para el logro de los fines establecidos— la que fomenta no sólo la destrucción de la naturaleza sino que amenaza incluso a todos los intentos de construir una ética ambiental que considere una relación más armoniosa entre el hombre y la naturaleza. Cuanto más se cultivan los principios éticos que justifican intervenciones sobre el ambiente —que aunque sin ser perjudiciales entran en la óptica de la racionalidad instrumental— menos se es capaz de reconciliarse con el ambiente, y por tanto más la naturaleza seguirá siendo “lo otro”, respecto de la cual el hombre seguirá siendo ajeno. En esta perspec-

tiva la naturaleza es concebida como simple instrumento para el hombre, objeto de una explotación total, a la que la razón no le asigna ninguna finalidad y que por tanto no conoce límites. Este tipo de racionalidad abre el camino a la destrucción de este mundo por razones de utilidad y de industrialización por parte de la humanidad arrogante. Y la naturaleza, dice Dryzek, no dejará de vengarse mediante crisis ambientales que involucrarán grandemente al hombre mismo.

Dos son las modalidades propuestas para tratar de “resucitar a la naturaleza”, según el lenguaje de J. Habermas, después de la muerte que el iluminismo le ha infligido: una es la recuperación de una espiritualidad profunda tal como se manifiesta, según el autor, en el cristianismo franciscano, en el taoísmo, en el budismo y en otras religiones y movimientos que tienen numerosos adeptos y admiradores: hacia ella se han orientado muchos ecologistas y muchos otros críticos de la racionalidad instrumental. La otra tiene ella misma una fundamentación racional y, según el autor, respondería mejor al objetivo, superando incluso los numerosos riesgos que ofrecería un enfoque de tipo espiritualista. En su solución racional Dryzek

supera obviamente el peligro de la racionalidad instrumental y se remite a la racionalidad dialéctica de Habermas, llevando al extremo la connotación que este último le diera, esto es, el carácter antropocéntrico, considerándolo un carácter inevitable de toda ética ambiental en cuanto que las solas entidades que tienen valor son las que pueden participar en un discurso. Para Habermas, en efecto, lo que podemos conocer es solamente lo que nosotros mismos hemos creado, es decir, el lenguaje, y por esto la naturaleza seguirá estando apartada de nosotros y ajena. De la naturaleza nada podemos conocer sino sólo observar los resultados de nuestras intervenciones sobre ella.

Dryzek, en cambio, partiendo de esta racionalidad dialéctica, que abarca también al mundo de la naturaleza, llega a una racionalidad ecológica a través de la cual considera poder evidenciar un discurso intersubjetivo entre la naturaleza y el hombre, discurso que no es sólo de carácter lingüístico. La comunicación se haría realidad no sólo en cuanto que somos parte de la naturaleza. Y esta precondition de capacidad comunicativa se aplicaría a todos los seres vivos, incluido el hombre, el cual con el lenguaje ha elaborado un mecanismo de

comunicación particular, pero poseería en común con toda la naturaleza formas no lingüísticas de comunicación, como los movimientos del cuerpo y las feromonas (sustancias secretadas al exterior del cuerpo que, percibidas por otros individuos a través del olfato, desencadenan en ellos particulares reacciones conductuales. N. de la R.). Por consiguiente, esta idea de comunicación interactiva establece la base de una racionalidad comunicativa. Esto, sin embargo, no implica inmediatamente que la naturaleza no pueda ser instrumentalizada por el hombre cuando sea necesario, con tal que se respete la comunicación (la atmósfera, la selva tropical, el agua, las montañas). Con ello se retoma muy de cerca la teoría de Gaia, esto es, la de la Tierra entendida como un gran organismo vivo, teoría expuesta en 1979 por el científico inglés J. Lovelock y que se ha granjeado cada vez mayor crédito en el ambiente científico, al principio un tanto vacilante en acogerla.

Es de desear, pues, que se comprenda la gran esperanza ínsita en la ampliación epistemológica hacia una ética ambiental que abarque al mundo natural en términos racionales. Es decir, no habría necesidad alguna de no-

ciones místicas acerca de una comunión espiritual con la naturaleza: hacerse cargo del mundo en su totalidad, puede representar muy bien un asunto racional; basta con que el hombre expanda su noción de racionalidad en la dirección apropiada.

Algunas posiciones del autor son discutibles, inspiradas como están en Horkheimer y en su “eclipse de la razón”, según las cuales las filosofías clásicas objetivas, las ontologías medievales, el neotomismo — definidas por Horkheimer como “filosofías de servicio” — no serían capaces de dar un significado a la realidad. Nosotros pensamos que la misma teoría del lenguaje y la de la comunicación presuponen una ontología que se despliega en el cosmos y en las diversas formas de vida, llegando al Ser Creador y expresándose sobre la analogía de la participación.

Acerca del mismo tema Dreyzek ha publicado también un volumen titulado *Rational Ecology: Environmental and Political Economy* (Nueva York: Basil Blacwell, 1987), traducido también al italiano por las Otium Edizioni con el título *La razionalità ecologica*.

(A.G.S.)

### La procreación asistida en los países escandinavos

DANIORE, V., *Approccio scientifico-legislativo alla riproduzione assistita in Scandinavia*. Giorn. It. Ost. Gin. 1990, 7: 489-492.

Siguiendo el ejemplo de la Comisión Warnoch del Reino Unido, también los países escandinavos han instituido comisiones gubernamentales que se han ocupado de examinar en el plano legislativo y ético los problemas vinculados con las nuevas técnicas reproductoras, con la definición de un estatuto del embrión humano, con la aparición de nuevas figuras jurídicas como los donadores de gametos y las llamadas madres en arriendo. Y como consecuencia de los trabajos de estas comisiones los países escandinavos han sido de los primeros en legislar sobre el tema.

Una síntesis de la experiencia legislativa escandinava se ha publicado en el número indicado del *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecología*, con la firma de un especialista italiano que trabaja en la Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Universidad de Oslo.

En relación con Suecia, el Parlamento se ha pronunciado en varias ocasiones tanto sobre la inseminación artificial cuanto sobre

las demás técnicas de procreación asistida. Las actas legislativas más importantes se señalan con las siglas SOU 1983:42, SOSFS 1987:6 y SFS 1988:711 y se refieren a los años respectivamente indicados. Entre los puntos que merecen ser subrayados por su importancia en el plano ético está el referente a la inseminación artificial heteróloga, que se puede proponer sólo para las mujeres casadas o con un vínculo perdurable con un sólo compañero, mientras están explícitamente excluidas de esa intervención las mujeres solas o que viven en comunidades homosexuales. La intervención, además, puede llevarse a efecto únicamente en hospitales públicos y la ley aconseja a la pareja informar a su debido tiempo al nacido del modo como fue concebido y de la identidad del padre biológico. Parece excluirse, pues, el depósito y la congelación del esperma en bancos. El marido o quien conviva con ella debe dar su consentimiento por escrito para la inseminación y con ese acto se obliga a cumplir con todos los deberes consiguientes a la paternidad. En el ámbito de la FIVET ésta se considera legal *sólo si es homóloga* y se permite, portanto, sólo para las parejas estables, casadas o no. Y es ilegal la figura de la “madre sucedánea”.

En Noruega algunos grupos de trabajo internacionales han profundizado en esta temática y las conclusiones han confluído en algunos proyectos de ley que no han sido aprobados todavía. También en estos proyectos de ley la inseminación artificial y la fecundación in vitro están reservadas únicamente a las parejas estables las cuales, en orden a tales técnicas, no son titulares de derecho alguno sino que estas técnicas son propuestas únicamente por el especialista para resolver un problema de infertilidad. Aquí se le niega el derecho al nacido de conocer la identidad del padre biológico y, por tanto, se discute particularmente el uso de gametos de los donadores conocidos públicamente como tales. Se reitera, respecto de la FIVET, el uso de gametos exclusivamente procedentes de la pareja, excluyéndose así la donación de ovocitos y de embriones. También en Noruega se niega la figura jurídica de la “madre sucedánea”.

Análogas orientaciones legislativas se dan en Dinamarca, cuya Comisión Ética Nacional ha elaborado algunas propuestas de reglamentación que en ciertos aspectos parecen mucho más permisivas que las de los otros dos países (por ejemplo, no se dan directrices precisas sobre la califi-

cación de los centros que pueden llevar a cabo tales intervenciones).

Hay que hacer notar, desafortunadamente, que en todos estos países se admite la investigación sobre embriones hasta el día 14, denegando, pues, al embrión la dignidad de individuo humano digno de protección antes de este límite arbitrario. Aun siendo significativa la limitación prevista por la legislación sueca —de tener que obtener el consentimiento para tal investigación por parte de los donadores de los gametos de los que se han formado los embriones mismos—, no elimina la premisa indebida y arbitraria de excluir del derecho fundamental a la vida y a la integridad física al ser humano en algunos momentos iniciales de su desarrollo.

(A.G.S.)

#### **Iniciativas pedagógicas en los centros de bachillerato para la prevención del SIDA**

MATRAY B., *SIDA et lycées. Quelles initiatives pédagogiques?* Etudes, febrero 1991, 3742: 183-191.

Ante la complejidad de las cuestiones planteadas por la infección por HIV muchos directores de insti-

tuciones de enseñanza y responsables pedagógicos, aun cuando están convencidos de la necesidad de una campaña informativa para los jóvenes, a menudo se muestran renuentes a ponerla en marcha. Es lo que dice Bernard Matray, del Departamento de Ética Biomédica del Centro *Sèvres* de París, el cual reconoce que hay diversos motivos para tener esta reticencia que van desde el temor a verse involucrados en cuestiones de fondo que conciernen a la vida privada de los muchachos, hasta la convicción de que no habría llegado aún el momento de semejante iniciativa para esos chicos "suyos" a los que tan bien conocen, siendo el SIDA un mal momento que "pasará pronto" y que quizá nunca los afectará. En realidad, dice el autor, el SIDA es un problema que concierne a toda la sociedad y no existe señal alguna que indique que se ha frenado la enfermedad, ni esperanzas a corto plazo de posibilidades terapéuticas decisivas. Los jóvenes, por tanto, y en particular los de bachillerato, tienen derecho a recibir, con toda la verdad y completamente, todas las informaciones necesarias sobre las modalidades de infección y de prevención, y también a responsabilizarse respecto de los comportamientos privados y colectivos que son fuente de riesgo de infección.

Se imponen, pues, iniciativas pedagógicas dirigidas a los jóvenes, iniciativas adecuadas a cada edad y a cada realidad social, con proyectos educativos bien planificados que identifiquen: *a)* las finalidades que se pretende lograr; *b)* las estrategias a utilizar; *c)* las garantías deontológicas de la información. Sobre estos tres puntos del proyecto educativo se desenvuelve el trabajo del autor que refiere su experiencia personal de actividad pedagógica entre los alumnos de bachillerato.

Entre los objetivos a alcanzar —y que se resumen en la perspectiva de "vivir en los tiempos del SIDA"— se identifican tres órdenes: de salud pública, de ética social y de solidaridad. Los tres deben ser desarrollados simultáneamente para no limitar el SIDA discurso informativo al ámbito único de la autoprotección, o de la referencia a datos exclusivamente de orden biológico, para ampliar el horizonte de la solidaridad y para no manifestar la sospecha, dice el autor, de que el programa esté encaminado únicamente a controlar si los jóvenes son verdaderamente capaces de un comportamiento responsable en particular en el campo de la sexualidad.

Interesantes y útiles son las informaciones proporcionadas acer-

ca de las modalidades pedagógicas activas —o como se dice *student lead*— con las que hacer realidad tales programas: se subraya la necesidad de incitar a los jóvenes a tomar ellos mismos la iniciativa organizando jornadas de información, confeccionando paneles informativos destinados al gran público, montando audiovisuales, dando representaciones teatrales. El objetivo es ofrecer espacios de reflexión más amplios que los de la relación escolar cotidiana y con referencias y puntos de vista provenientes de diversos horizontes sociales (padres, médicos, psicólogos, juristas, etc.). Además, se ofrece la posibilidad de un encuentro personalizado del adolescente con un adulto de su elección.

Finalmente, se toma en consideración el problema de la deontología de la información, la cual debería responder a tres características: 1) ser acertada, evitando el sensacionalismo amarillista, adecuada al tipo de público al que va dirigida; 2) respetar las convicciones de los interlocutores, su vida privada, su intimidad; 3) permitir al informador poder evaluar las fallas de su acción pedagógica, manteniéndose oportunamente informado sobre los efectos producidos por su intervención y

teniendo así la oportunidad de “ajustar” la metodología.

Falta en el trabajo una referencia explícita a la propuesta de valores en el ámbito del programa pedagógico; más aún, en repetidas ocasiones el autor parece preocupado por subrayar que la intervención no debe caracterizarse por parecer una ocasión de “moralizar” a los jóvenes. Creemos, en cambio, que no hay que tener miedo de proponer valores ante un problema en el que el comportamiento personal, y por tanto la ética, juega un papel determinante en la génesis misma de la enfermedad. ¿Y qué ocasión mejor para replantear los valores de la sexualidad y de la dignidad de la persona?

(A. G. S.)

#### Licitud del diagnóstico prenatal en la ley judía

BROWN J., *Prenatal Screening in Jewish law*. J. Med. Ethics 1990, 16: 75-80.

Como se sabe, a las innumerables posibilidades técnicas puestas a disposición por la ciencia para detectar antes del nacimiento gra-

ves patologías del feto, corresponde aún una escasa posibilidad de intervenir en el plano médico para curar las patologías identificadas. Es frecuente, pues, que se pregunte por qué motivo habrían de hacerse tales pruebas prenatales si no hay perspectivas de poder curarlas todavía. Por lo menos son tres los motivos que la literatura especializada aduce para justificar tales pruebas: 1) disponer a los padres sobre la llegada de un hijo que tendrá particulares dificultades, haciendo que se preparen oportunamente; 2) alertar al equipo médico sobre las patologías que pueden ser incurables, o por lo menos limitarlas en su evolución con una intervención precoz; 3) permitir la interrupción legal del embarazo.

El autor examina aquí la licitud del diagnóstico prenatal a la luz de las normas contenidas en la ley judía. Antes, sin embargo, hace algunas consideraciones interesantes sobre las motivaciones adoptadas por la ley inglesa sobre el aborto (*Abortion Act*) de 1967 para justificar la interrupción del embarazo de un feto con malformaciones. No se trata, en efecto, de las repercusiones que semejante patología podría tener en la vida y en la salud de la madre (única condición por la cual, por ejemplo, la ley italiana autoriza la interrupción voluntaria

del embarazo en caso de malformación fetal) cuanto más bien del “riesgo sustancial para el feto de que, una vez nacido, pudiera sufrir físicamente y psíquicamente como consecuencia de esa discapacidad”. La elección, se subraya, no es entre nacer sano o nacer discapacitado —para lo cual se debería tener en cuenta el mayor interés para el feto— cuanto, más bien, entre nacer discapacitado y no nacer. Ahora bien, dice Brown, es difícil comprender cómo puede tratarse del mayor interés por el feto y de plano no hacerlo nacer, y avanza la hipótesis de que quizá sean otros los intereses tomados en consideración en vez de los del feto.

La ley judía, aun oponiéndose vigorosamente a las políticas de liberalización del aborto, no lo considera ilícito, sin embargo, en toda circunstancia, tal como recuerda el autor, es considerado en la moral católica: en el conflicto entre vida y/o bienestar de la madre y vida del feto, la madre tiene prioridad. Efectivamente, de los diversos textos en que se basa la ley judía —textos citados detalladamente en el trabajo— se deduce la licitud de interrumpir el embarazo en las situaciones de amenaza de la vida/salud de la madre sea en relación al hecho de que el feto no nacido no sería aún plenamente persona (en

*Exodo* 21, 12 — "aquel que golpea a un hombre causándole la muerte, será condenado a muerte"— el uso de la palabra "hombre" indicaría la ausencia de una prohibición absoluta de matar al feto), sea porque el feto sería en estas circunstancias un injusto agresor para el cual valdría el principio de la legítima defensa. Muchos rabinos, además, se inclinan cada vez más a considerar que incluso una amenaza para la salud psíquica de la madre configura una licitud del aborto (¡nos parece que, en esto, la concordancia con los textos paganos es total!).

En el plano de la licitud del diagnóstico prenatal a fin de conocer el estado de salud del feto no parece haber dificultades; también de una reciente encuesta llevada a cabo en diversos países resulta que en el 83 por ciento de los casos de solicitud de diagnóstico prenatal se había registrado una explícita oposición de los padres al aborto. En cambio, menos uniformidad sobre la interpretación de la ley judía se da respecto de las motivaciones que podrían justificar el aborto como consecuencia del resultado de la prueba prenatal. El debate actual en las comunidades judías gira en torno a algunas patologías específicas más que sobre cuestiones generales. Esto es, no existe una posición general sobre

la licitud o ilicitud de efectuar un diagnóstico sino que éste se evalúa en relación con situaciones particulares. Así, en el caso del sarampión congénito, a pesar de que algunos rabinos consideran que hasta el día 40 de embarazo el embrión no es "otra cosa que un insignificante conglomerado de células", muchos otros piensan que no hay razón alguna para interrumpir el embarazo y recomiendan a los médicos judíos que consideren atentamente incluso la oportunidad de hacer el diagnóstico prenatal en las mujeres que hayan tenido sarampión en relación con el uso que se podría hacer de la respuesta.

En el caso del síndrome de Down la licitud de efectuar la prueba prenatal, considerada por algunos rabinos, no se abre automáticamente a la posibilidad de interrumpir el embarazo en caso de un feto afectado: después de la prueba el médico deberá enviar a la mujer a una autoridad rabínica experta, la cual evaluará el caso y podrá autorizar o no el aborto. A este respecto, se recomienda el consentimiento también del padre para una decisión eventual de la interrupción voluntaria del embarazo. Más clara es la posición respecto del diagnóstico de fetos anencefálicos. Según el Talmud, la madre de un anencefalo no se vuelve ritualmente impura,

de tal manera que requiera el rito de la purificación —como se hace cuando nace el hijo primogénito— en cuanto que el anancéfalo no tiene el *status* de *nefesh*, esto es, de un ser provisto de alma. El aborto en estas circunstancias no está prohibido por la ley judía.

Finalmente, se toma en consideración el síndrome de Tay-Sachs —debido al déficit de una enzima lisosómica específica que conduce rápidamente después del nacimiento a una progresiva degeneración neurológica—, síndrome que si bien es raro tiene una elevada incidencia entre algunas comunidades judías. El diagnóstico se puede llevar a cabo para identificar a los portadores, en vista de la formación de una familia —y en este caso es lícito efectuarlo; más aún, es un deber darlo a conocer a las personas que pretenden procrear— o bien para identificar al feto afectado por él. En este caso, no pareciendo encontrar en la ley judía indicaciones específicas para el aborto en presencia de graves deficiencias genéticas del feto (y no existiendo hasta ahora terapia alguna para este síndrome) el mismo diagnóstico prenatal de esa patología es, para muchos rabinos, inaceptable. Otros rabinos, en cambio, basándose en una glosa del Talmud —escrita en el Medioevo, pero que para algu-

nos es un “lapsus calami”, allí donde se permite el aborto de un feto concebido como consecuencia de una unión prohibida—consideran que incluso en ausencia de amenaza para la vida de la madre sería lícita la interrupción del embarazo a fin de prevenir en la mujer un trastorno psicológico (y tal sería el llevar en el seno un feto gravemente enfermo).

En el ámbito de estas indicaciones “casuísticas” en correspondencia con la ley judía se desea una mayor y más estrecha colaboración entre los médicos especialistas y las autoridades rabínicas competentes.

(A.G.S.)

#### **El Comité Ético de la American Fertility Society sobre las técnicas de procreación artificial**

ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Ethical Consideration of the New Reproductive Technologies*. Fertility and Sterility (Supplement 2) 1990, 53(6): 1-104 + VII.

En noviembre de 1984 al Comité Ético constituido en el seno de la

*American Fertility Society* se le encomendó la tarea de adoptar una posición oficial en relación con los múltiples problemas éticos suscitados por las técnicas de procreación artificial, procediendo también a recopilar los conocimientos científicos diseminados sobre el tema. Así, en septiembre de 1986 se publicó un voluminoso informe sucesivamente revisado y vuelto a publicar en febrero de 1988. En relación con los dinámicos cambios en este sector de la investigación el Comité Ético de la Sociedad fue encargado nuevamente de revisar los lineamientos originales llegando a este tercer informe de 1990.

Este documento se compone de cinco secciones constituidas por una introducción, una parte sobre las consideraciones generales, una descripción analítica de cada una de las técnicas con las correspondientes recomendaciones éticas, un resumen de los puntos de particular interés, y finalmente una documentación bibliográfica y una serie de apéndices entre ellos un documento redactado en analogía con la estructura de la *Instrucción "Donum Vitae"*, publicado ya en 1987, inmediatamente después de la aparición del documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe.

Entre los miembros del Comité Ético, además de famosos juristas, biólogos y obstetras, estaban el teólogo moralista Richard A. McCormick y el especialista en ética LeRoy Walters, director del Centro de Bioética del Kennedy Institute of Ethics de la Georgetown University.

Lo voluminoso de los lineamientos, más de cien páginas, hace imposible una síntesis del documento sobre todo porque son numerosas las técnicas consideradas y habría que examinar las recomendaciones que se hacen para cada una de ellas. Aquí nos referimos, en cambio, a algún punto más significativo que surge de las consideraciones generales para tener una idea de cómo se movió el Comité al formular dichos lineamientos; y además queremos hacer referencia al apéndice construido sobre la falsilla del documento católico.

Al delinear las bases para una evaluación ética el Comité pone de relieve la disparidad de experiencias que existen en la sociedad pluralista y que evoca unas veces valores vinculados con la utilidad inmediata, otras la identificación de eticidad con legalidad, etc. Se revisa, pues, la necesidad de buscar un fundamento más general y el Comité considera que lo ha

encontrado en la “persona humana integral y *adecuadamente* considerada” (el subrayado es nuestro). Este fundamento, lejos de querer hacer resaltar el valor objetivo de la persona, encuentra su clave de lectura en ese adjetivo subrayado por nosotros que cambia el sentido de todo el resto de la frase. “Adecuadamente” significa, como se advierte claramente por el texto, compaginar los intereses del individuo en particular y los de la sociedad; que el sí y el no morales no siempre son absolutos; que todo juicio es sólo un momento de reflexión en el camino hacia el consenso. Y objetivo declarado del informe es tratar de conseguir ese consenso.

Se puede, pues, imaginar qué indicaciones éticas pueden proceder de tales premisas para cada una de las técnicas, indicaciones que aun basadas en el máximo rigor científico y legal, se antojan “pobres” cuando tocan los valores más profundos de la persona humana. Todas las técnicas posibles se hacen éticamente aceptables cuando se llevan a cabo por razones médicas y bajo la estricta reglamentación legislativa.

Al confrontarse, luego, con las indicaciones contenidas en la Instrucción “*Donum Vitae*”—documento que el Comité reconoce

como una indudable y significativa aportación a la reflexión sobre los temas de la vida naciente— el informe de la *American Fertility Society* pretende ubicarse dentro de esos “esfuerzos de reflexión” que en sus conclusiones el documento vaticano declara no querer detener “sino más bien favorecer su renovado impulso, en la fidelidad irrenunciable a la doctrina de la Iglesia” (¡esta segunda parte de la frase el Comité no la menciona!). Punto por punto, todos los pasajes clave de la Instrucción son retomados y reescritos a la luz del más absoluto relativismo y de la reflexión analítica sobre los términos utilizados, desmontando pieza por pieza el valor objetivo de la persona sobre todo en sus fases iniciales de desarrollo.

(A.G.S.)

### **La Declaración de Inuyama sobre la investigación en genética**

CIOMS, *The Declaration of Inuyama*. Bull. Med. Ethics 1991, 67: 8-9.

Desde hace años el *Council of International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS) organiza una

serie de conferencias con el título general de "Políticas sanitarias, ética y valores humanos". La Conferencia de 1990 se llevó a cabo el pasado julio en Japón, en *Inuyama*, y se refirió a los problemas de la genética humana. Al final de la Conferencia los participantes, procedentes de todo el mundo, aprobaron un documento de ocho puntos con algunas indicaciones y recomendaciones. En la revista citada se publican íntegramente. Aquí hacemos una breve síntesis.

El documento (punto I) reconoce que la discusión hoy dominante es la relativa a la secuencialización del genoma humano, proyecto de colaboración internacional del cual se esperan importantes aportaciones al conocimiento de la biología humana y de las enfermedades. Al mismo tiempo, sin embargo, el proyecto es fuente de ansiedades y preocupaciones por los posibles abusos en la aplicación de los conocimientos que se puedan obtener; la Conferencia recomienda, por consiguiente, que tanto en la fase de la realización de la secuencialización del genoma como en la sucesiva de aplicación de los conocimientos, en el ámbito del diagnóstico y de la geneterapia, se garanticen adecuados estándares éticos.

Interesante resulta la observación sobre el peligro de que el aumento de los conocimientos acerca del DNA puede llevar a un reduccionismo del ser humano (punto II); por tanto, se propugnan programas de educación y de discusión abierta con el gran público a fin de garantizar un uso claro y responsable de la tecnología.

En el punto III se recuerda la necesidad de una mayor sensibilización ética en el ámbito de las políticas sanitarias, no sólo en relación con los problemas futuros de la ingeniería genética (como el de intervenir o no sobre las células germinales con vistas a los efectos en las futuras generaciones) sino también para aquellos aspectos de la investigación genética y los servicios ofrecidos que son ya una realidad (como las intervenciones en el ámbito de la reproducción y de la salud del individuo en particular).

En el campo del diagnóstico genético (punto IV) el objetivo central debe ser el de garantizar siempre el bienestar de la persona diagnosticada: la reserva, el respeto absoluto del secreto y una adecuada asesoría son condiciones que se deben respetar siempre y a toda costa. El documento recuerda luego la diversidad, en el plano de las consecuencias, de la observación

de una situación de heterocigosis por la situación de una patología autosómica dominante; pero incluso en este último caso la simple presencia del gen defectuoso debe ser interpretada con cuidado sobre todo en aquellas patologías que se desarrollarán muchos años después de haber observado el gen alterado.

Respecto de la geneterapia (punto v), la Conferencia reitera el límite de intervención sobre las células somáticas solamente y recuerda la necesidad de una indispensable revisión de los protocolos terapéuticos por parte de los Comités Éticos independientes, especialmente cuando la geneterapia concierne a niños, como ocurre en la mayor parte de los desordenes en cuestión. Las intervenciones, finalmente, deben limitarse a patologías que causan una significativa discapacidad y no simplemente para potenciar o suprimir características cosméticas, conductuales o cognitivas que no estén directamente relacionadas con patología alguna. Se insiste en la no eticidad

de la geneterapia sobre las células germinales (punto vi), incluso a la luz de la gran dificultad que existe en poder hacerla realidad concretamente, y en que también en el futuro deberá de todos modos darse la certeza absoluta de ausencia de daño para las generaciones futuras.

El punto vii recuerda la responsabilidad ética de los investigadores, insistiendo en la ejecución de protocolos que busquen el beneficio real de los sujetos involucrados, excluyendo cualquier tentación eugenésica, y esto tanto por parte de las estructuras estatales como por parte de los laboratorios privados.

Finalmente, en el punto vii se recomienda también el desarrollo de políticas internacionales que pongan a disposición a gran escala las posibilidades diagnósticas y terapéuticas ofrecidas por la investigación genética de manera que pueda beneficiarse de ellas toda la población.

(A.G.S.)

# Para una información en Bioética: noticias breves

*a cargo de Paolo Marchionni*

## **Las cifras de los abortos voluntarios**

Hace unas semanas el ministro de Salud italiano, Hon. De Lorenzo, dio a conocer los datos relativos a las interrupciones voluntarias del embarazo llevadas a cabo el año anterior en ese país.

Con retraso de casi un año sobre los tiempos previstos por la Ley 194/78, el informe del ministro proporciona datos de una cierta importancia positiva: la disminución en conjunto del número de interrupciones voluntarias del embarazo bajó en 1990 a 165,845 respecto de las 171,684 de 1989 (menos 3.4 por ciento). El dato es más significativo si se compara con el de 1982, cuando las interrupciones voluntarias del embarazo alcanzaron la cifra de 234,801, una triste máxima histórica. Respecto de aquel año, pues, se observa una disminución del 29.4 por ciento.

Sin embargo, junto al aborto legal el ministro no dejó de poner de relieve que existe todavía un importante número de abortos

clandestinos, practicados al margen de las circunstancias y de las estructuras previstas por la ley: abortos que en este informe se calculan en 72,000 unidades, y por consiguiente también éstos en vías de disminución respecto de análogas estimaciones de los años precedentes.

Pero si en el curso de los últimos años se ha venido registrando una caída del número de interrupciones voluntarias del embarazo, el "retrato-robot" de la mujer que recurre al aborto voluntario no ha cambiado sustancialmente: se trata, en efecto, de una mujer de edad superior a los 25 años, casada, con uno o más hijos, de instrucción media y de clase social también media, que conoce y usa los medios anticonceptivos; si hubiera necesidad aún de ello, es la ulterior y enésima confirmación de que el aborto voluntario se efectúa no ya en situaciones de precariedad, miseria y abandono (como se quería hacer creer en los tiempos en que la ley fue aprobada), sino que para

más del 70 por ciento de los casos se lleva a cabo en el interior de una familia, que debería ser en cambio el lugar de la acogida y del amor a la vida.

Además, al aborto se llega después de que han fallado los medios anticonceptivos (también en el 70 por ciento de los casos), cuyo conocimiento y difusión son invocados por la ley precisamente para prevenir el aborto mismo.

De esta manera, no sólo no se respetan los dictámenes de la ley cuando en el art. 1 se niega que la interrupción voluntaria del embarazo sea utilizada como medio de control de los nacimientos, sino que es fomentada ulteriormente una espiral de muerte en torno a la vida naciente, que encuentra sus raíces en esa "mentalidad anti-vida" que, partiendo de la anticoncepción y pasando por las técnicas de esterilización voluntaria (o forzada, como se ha denunciado recientemente en algunos países en vías de desarrollo), llega precisamente a hacer del aborto voluntario el último y más tremendo baluarte del libertarismo más desenfrenado.

Se puede, pues, concluir reafirmando una vez más todo cuanto la historia de estos catorce años de ley abortista ha reiterado constantemente: ante todo, que la ley ha fallado allí precisamente donde se

proponía derrotar al aborto clandestino, que se sigue practicando todavía en una medida por lo menos igual a la mitad de las interrupciones voluntarias del embarazo "legales"; y no sólo eso, sino que ha fracasado una segunda vez en cuanto que en conjunto el número actual de interrupciones voluntarias del embarazo es de todos modos más elevado que los cálculos más acreditados que se hacían hace 15 o 20 años sobre los abortos clandestinos (100-150 mil): en la práctica, la ley, más que reducir el fenómeno, ha contribuido a su incremento; finalmente, la ley ha fracasado por tercera vez también cuando expresaba la voluntad de prevenir el aborto proponiendo como alternativa la anticoncepción: como se puede ver hoy día, en todo caso lo cierto es lo contrario, en cuanto que gran parte de las interrupciones voluntarias del embarazo son el fruto precisamente del fracaso de la anticoncepción.

Una última consideración: ¿qué significado hay que atribuir a la de todos modos inequívoca reducción del número absoluto de interrupciones voluntarias del embarazo? ¿Se trata de un mejoramiento de la conciencia ética de cada ciudadano en particular y por tanto de un mayor respeto por la vida? Las

señales que nos llegan no van precisamente en esta dirección. ¿Entonces? Muy probablemente está ya en marcha esa “revolución” dentro del mismo fenómeno del aborto, que ha sido denunciada en distintas instancias, esto es, la privatización del evento abortivo mismo: se ha aclarado ya que en estos últimos años se ha incrementado el mercado de la llamada “anticoncepción de emergencia”, en particular la “píldora del día después”, o sea el impedir del anidamiento del embrión ya constituido: esto no es otra cosa que la realización de un auténtico aborto, aunque sea muy precoz, no sometido a los vínculos de la ley, sino efectuado de forma “privada”, que por esto no contribuye a las cifras oficiales.

(Noticia tomada de P. G. Liverani, *Aborti: sempre troppi* “Abortos: siguen siendo demasiados”, *Avvenire*, 16.01.92; L’Unità, *In calo gli aborti in Italia, meno 3,4%*. *Molti medici obiettori*, “Disminuyen los abortos en Italia, 3,4 por ciento menos. Muchos, los médicos objetores”, 16.01-92)

### **Educación sexual en las escuelas**

Después de 12 años de haberse formulado la primera propuesta,

ha sido aprobada por la Comisión de Cultura de la Cámara de Diputados italiana la propuesta de ley para la introducción de la educación sexual en el bachillerato superior. Se trata de una medida que, si bien no será aprobada de manera definitiva en el curso de esta legislatura, ya por concluir, será la base de partida necesaria para que en la próxima legislatura la ley finalmente vea la luz.

El texto aprobado se presenta como bueno, fruto del compromiso común de muchas fuerzas políticas. Los aspectos sobresalientes se pueden resumir en los siguientes: ante todo, no se introduce “la hora de educación sexual”, sino que se da lugar a una programación diversificada y complementaria en los diversos espacios escolares ya previstos: en segundo lugar se ha logrado superar la visión laica, sobre todo de las izquierdas, según la cual la única intención de la educación sexual en las escuelas habría de ser la meramente informativa (sobre todo en materia de anticonceptivos); ha prevalecido en cambio la intención educativa, atenta por esto también y sobre todo al lado formativo de toda la persona. Finalmente, se ha considerado indispensable la implicación de la familia en una visión unitaria de educación global de la persona,

que no puede por tanto dejar a un lado el primero y fundamental ámbito educativo, precisamente la familia.

Ahora no queda otra cosa sino esperar, con la confianza de que el camino largo y fatigoso hasta aquí recorrido no sea inútil, sino que la propuesta encuentre rápidamente,

al principio de la nueva legislatura, un puesto entre las primeras nuevas leyes emanadas por el Parlamento renovado.

(Noticia tomada de R. D'Angelo, *I tabù li avevano i laici*, "Los tabúes los tenían los laicos", *Avvenire*, 18.01.92).



Mostrando los resultados de una operación de catarata en el Hotel Dieu, París, siglo XIX

## MEDICINA Y ETICA

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina, Universidad Anáhuac  
Apartado Postal 10844  
México D.F. 1100

**Precio de la suscripción \$150,000.00 (CIENTO CINCUENTA MIL PESOS 00/100), por un año.  
Cuatro ejemplares**

Me interesa recibir su revista. Favor de enviarla a:

Nombre: .....

Dirección: .....

Colonia: ..... Teléfono/s: .....

Delegación (o Municipio) .....

Código Postal: ..... Ciudad: ..... Estado .....

Adjunto cheque a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.

del banco: .....

por la cantidad de \$ .....

Fecha: ..... Firma: .....