

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

2009/1

Eutanasia: una cuestión de relación. La petición de eutanasia - Neurociencias y personas. ¿Nueva perspectiva o amenaza?
Las neurociencias cognitivas - *Is it possible to define the nature of medicine? Teleological and phenomenological perspectives on medicine, its ends and its morality* - Bioética Clínica. Kernicterus neonatal por déficit de G6PD. El riesgo sanitario de la fecundación artificial heteróloga



UNIVERSIDAD ANÁHUAC
VINCE IN BONO MALUM™

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

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

MEDICINA Y ÉTICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1

VOLUMEN XX NÚMERO 1 ENERO-MARZO DEL 2009

MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

Italia

Dirección

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

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy Porter

Director: Dr. Óscar J. Martínez González

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

Traductor y corrector: Lic. Jesús Quiriarte

Corrector de redacción: Lic. Vicente Pérez Solsona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

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

ÍNDICE

EDITORIAL	7
Eutanasia: una cuestión de relación. La petición de eutanasia <i>Marianna Gensabella Furnari</i>	13
Neurociencias y personas. ¿Nueva perspectiva o amenaza? Las neurociencias cognitivas <i>Andrea Lavazza</i>	43
Is it possible to define the nature of medicine? Teleological and phenomenological perspectives on medicine, its ends and its morality <i>Andrea Virdis</i>	73
Bioética Clínica. Kernicterus neonatal por déficit de G6PD. El riesgo sanitario de la fecundación artificial heteróloga <i>D. De Luca, A. Virdis, M.L. Di Pietro, E. Zecca</i>	87

EDITORIAL

El año pasado, comentábamos en este mismo espacio sobre la controversia constitucional presentada ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación con respecto al tema de la Ley que despenaliza el aborto en el Distrito Federal. Comentábamos también sobre las audiencias en las que expertos en diferentes ramas del conocimiento participaron presentando sus argumentos a favor y en contra de esta acción de inconstitucionalidad.

En fecha reciente, se publicó la sentencia final, en la que los ministros de la Corte dictaminan que la Ley que despenaliza el aborto en el Distrito Federal respeta en todo momento los artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En la siguiente dirección electrónica se pueden encontrar los documentos a los que aquí hacemos referencia:

<http://informa.scjn.gob.mx/sentencia.html>

En la página 127 y 128 del documento de la sentencia encontramos lo siguiente:

“De los elementos que se han reseñado, puede derivarse la conclusión de que no existe unanimidad en los criterios éticos, morales, filosóficos, científicos y legales sobre el momento a partir del cual empieza la vida humana y el momento a partir del cual debe protegerse por el Estado, sustentándose afirmaciones encontradas entre sí.

En consecuencia, debe quedar claramente establecido que el papel de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en su carácter de Tribunal Constitucional de México, es circunscribir el estudio de la litis ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 146/2007 Y SU ACUMULADA 147/2007 128 planteada en las presentes acciones a lo que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en términos del artículo 133 de la misma”.

Conceptos como los anteriores se repiten en varias ocasiones dentro del documento de sentencia y dejan entrever cómo los siete ministros concurrentes (el voto de la mayoría) han tomado el tema del derecho a la vida del ser humano en sus primeras etapas del desarrollo.

Podemos encontrar también las aportaciones de los tres ministros que no estuvieron de acuerdo con la sentencia que la mayoría dictaminó. En estas aportaciones podemos observar, en varias intervenciones, los argumentos en favor del derecho a la vida del ser humano en las primeras etapas del desarrollo.

A casi dos años de la implementación de esta Ley, se menciona que se han llevado a cabo más de 20,000 abortos “legales” en los hospitales del Distrito Federal.

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

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

5. Los artículos serán dictaminados por al menos dos académicos de competencia relevante en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores. El autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverla a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material. En cualquier caso, no se regresan originales. Los autores que hayan sido elegidos recibirán tres ejemplares de cortesía del número en que fueron publicados.
6. Los artículos publicables deberán escribirse de preferencia en español, aunque se aceptan en idioma inglés, de manera clara y concisa. El texto debe ir en letra Arial (12 pts) a espacio y medio, en papel tamaño carta. El material puede ser entregado en formato electrónico para PC, vía correo electrónico o disquete (Word para windows, o formato RTF).
7. Los artículos y notas deberán contener el título del trabajo, el (los) nombres(s) del (de los) autor (es), el nombre de la Institución a la que pertenezcan. El artículo debe estar acompañado de un resumen (abstract) no mayor de 15 líneas (aproximadamente 150 palabras) en español y en inglés. También deben contener 3 palabras claves no contenidas en el título.
8. Las referencias de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, nombre del autor. *Título del libro*. Traductor, Editorial, Lugar de edición, año de publicación, página (edición original). Por ejemplo:

SINGER, Peter. Una vida ética. Eseritos. Trad.: Pablo de Lora Del Toro. Ed. Taurus, Madrid, 2002. p. 57 (inglés: Writings of an ethical life. 2000).

9. En el caso de las revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre del autor. "título del artículo", *Título de la revista*, volumen, número, (mes, año), página. Por ejemplo:

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

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

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

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

Eutanasia: una cuestión de relación*

La petición de eutanasia

Marianna Gensabella Furnari**

Resumen

La impostación clásica de la cuestión bioética de la eutanasia a través del paradigma de los principios conduce a resolver la cuestión con un sí, si se privilegia el principio de autonomía, o con un no si se da el primado al principio de la indisponibilidad de la vida. El ensayo versa sobre la propuesta de que sea posible otro acercamiento basado sobre la interacción, sugerida como línea metódica por Warren T. Reich del paradigma de los principios con los otros paradigmas de la bioética: la experiencia, los cuidados y la virtud.

El primer momento es repensar la eutanasia como el objeto de una petición que viene del sufrimiento y que, como tal, es considerada e interpretada en un contexto de relación. A diferencia del suicidio, no hay aquí un darse la muerte, sino un pedir la muerte al otro. La atención ética es trasladada del fijar el centro exclusivamente sobre la autonomía al focalizarse también y sobre todo sobre la relación, en particular sobre la com-

* El ensayo retoma, reelaborándolas a la luz del debate actual, algunas tesis presentes en el escrito: Gensabella Furnari M. *La domanda di eutanasia* en Russo G (ed). *La persona: verità morale sinfonica*.

Messina-Torino: Coop. S. Tommaso e Elledici; 2004.

** Profesora Asociada, Departamento de Ciencias Cognitivas y de la Formación, Facultad de Filosofía y Letras, Università degli Studi de Messina; miembro del Comitato Nazionale per la Bioetica (E-mail: Marianna.Gensabella@unime.it)

plejidad y las contradicciones que señalan hoy las relaciones entre el paciente y el médico. Aunque pide una "atención" límite, paradójica que no puede ser dada, so pena de la contradicción y la tergiversación de los mismos fines de la medicina, la petición de eutanasia no puede quedar desatendida, sino debe ser acogida, re-abierta con la atención que el paradigma de los cuidados impone, con la humanitas que el paradigma de la virtud nos entrega. La atención ética a la experiencia de quien pide la muerte se vuelve el primer momento para encontrar una conciliación entre momentos aparentemente antitéticos, como la sacralidad de la vida, para captar la complementariedad entre derechos aparentemente antitéticos como el derecho a ser dejados solos y el derecho a no ser dejados solos, para sostener conjuntamente la liberación del dolor físico y la liberación del dolor del alma. Trasladando el punto de vista de la libertad a la relación, el ensayo quiere indicar la imposibilidad ética de decir sí a la eutanasia precisamente sobre la vertiente de la relación, poniendo al mismo tiempo el acento no sólo sobre la responsabilidad que el decir sí comporta, sino también sobre las otras responsabilidades de las cuales la petición de eutanasia se hace cargo: las responsabilidades que se refieren a la situación de la cual proviene, y las otras que conciernen aquello que queda por hacer para responder a la petición de ayuda y de atención que la petición implica. Con el movimiento propio de la ética de los cuidados, el ensayo quiere proponer no resolver el dilema en el cual la cuestión bioética de la eutanasia parece forzarnos, renunciando a la vida o a la libertad, sino de intentar redefinir el contexto del cual el dilema tiene origen, en modo tal que sea posible conservar juntas vida y libertad.

Summary

Euthanasia: a relationship issue

Classical approach to the problem of the euthanasia, through the paradigm of the principles conducts to solve the matter with

a yes, if the principle of autonomy is privileged, or with a no if the primacy is given to the principle of the unavailability of the life. This paper moves from the proposal that another approach is possible, based on the interaction, suggested as methodic line by Warren T. Reich, of the paradigm of the principles with the other paradigms of the bioethics: the experience, the care, the virtue.

The first moment is to consider the euthanasia as the object of a question that comes from the suffering and that, as such, it must be welcomed and interpreted in a context of relationship. Unlike the suicide, there is not here a killing oneself, but an asking other for death. The ethical attention must be moved from the exclusive center of autonomy to the relationship, particularly on the complexity and the contradictions that mark the physician-patient relationship today. Even if it asks a limit "care", paradoxical that cannot be given, or the aims of the medicine itself would be contradicted and overcome, opened again with the attention that the paradigm of care imposes, with the humanitas that the paradigm of virtue delivers us. The ethical attention to the experience of whom asks the death it becomes the first moment to find a conciliation among apparently antithetical moments, as the sacredness and the quality of the life, to gather the complementarity among apparently antithetical rights as the right to be left alone and the right not to be left alone, to sustain together the liberation the physical pain and the liberation from the pain of the soul. Moving the point of view from freedom to relationship, the paper wants to point out the ethical impossibility to say yes to euthanasia just on the side of the relationship, at the same time setting the accent not only on the responsibility that saying yes means, but also on the other responsibilities of which the question of euthanasia ask us: the responsibilities derived by the situation and the others concerning what to answer to the help request and care that question subtends. In the way proper of the ethics of the care, the paper proposes not to solve the dilemma of euthanasia abdicating life

or liberty, but trying to redefine the context from which the dilemma has origin, in such way that it is possible to hold together life and liberty.

Palabras clave: eutanasia, relación, tratamientos.

Key words: euthanasia, relationship, treatments.

Antes de ser tema de una de las más controvertidas cuestiones bioéticas, la eutanasia es objeto de una petición que viene del sufrimiento y que, en cuanto tal, debe ser acogida re-abriéndola, es decir buscando interpretar su sentido. No es posible, en otras palabras, afrontar el problema bioético de la eutanasia poniéndose *sólo* sobre el plano de los principios y de las normas que en ellos se inspiren: los principios no pueden ciertamente ser excluidos, deben ser llamados en causa, pero no pueden ser el primer momento de nuestro discurso. Partir de los principios significaría, de hecho, resolver la petición de inmediato con un *sí*, mediante el principio de autonomía, o con un *no*, en base al principio de la defensa de la vida. No habremos sin embargo, actuando así, cumplido lo esencial, no nos habremos dejado interrogar por la petición, poniéndonos el problema no sólo de *quién* solicita y *qué cosa*, sino también *desde qué lugar* se pone la petición. Hacer de la petición misma de eutanasia el *primum* significa, a la inversa, elegir el acercamiento del *paradigma de atención*: atención como *pre-ocupación* por aquel que presenta la petición, atención como *interés* por la necesidad/deseo que se encuentra detrás de la petición. Atención que acoge, hace propia la petición y al mismo tiempo la re-abre: *¿por qué pides ser ayudado a morir?*

El acercamiento de la atención es sugerido, si nos detenemos un momento, por la misma reflexión sobre “qué cosa es” el *ti esti* socrático, la eutanasia. La definición es sólo aparentemente pacífica, esconde ya en sus pliegues una interpretación del problema.¹ Para la *Declaración sobre la eutanasia* de la Congregación para la Doctrina de la Fe, la eutanasia es “una acción u omisión que por su propia na-

turalidad, o en su intención, procura la muerte, con la finalidad de eliminar todo dolor".² Esta definición comprende en sí tanto la eutanasia activa como la omisiva o pasiva, no siempre y no por todos considerada tal, como muestra el debate actual en Italia.³ De nuevo esta definición lleva dentro de sí, implícito, una referencia al sujeto de la acción o de la omisión: un sujeto que es *otro* respecto de quien pide morir. La eutanasia *no* es, de hecho, el suicidio: hay también una diferencia de fondo. Tanto la eutanasia como el suicidio parten del mismo presupuesto: el considerar la vida un bien disponible para la libertad del hombre. Es por este aspecto que es posible encontrar un nexo entre el debilitarse de la condena del suicidio y el emerger de la cuestión-eutanasia.⁴ Y no obstante la eutanasia se distingue netamente del suicidio porque rompe la esfera del *autos* e implica una relación, en la cual la muerte, deseada, solicitada, comisionada, es dada por un individuo a otro: la eutanasia no es pensable si no a partir de una petición al otro. Es verdad también que la eutanasia muestra en modo explícito aquello que en el suicidio permanece en los pliegues de lo no-dicho: la relación, nunca entre dos, sino siempre de tres, entre el sujeto que quiere morir, su muerte y el otro. Incluso quien se suicida sólo aparentemente queda dentro el registro de la autonomía: detrás del disponer de la propia vida negándola, se encuentra una petición de relación que no ha llegado a su destino, una petición que busca aún, con el último gesto de sustraerse a la mirada del otro, una respuesta póstuma.

Queda firme sin embargo que en el suicidio el acto de disponer de la propia vida es cumplido por el sujeto, mientras que en la eutanasia este disponer de sí es hecho posible por la intervención de otro, que asume la responsabilidad de la acción o de la omisión que provoca la muerte. Aquí no se trata, como sugiere V. Jankélévitch, de trasladar el problema de un sujeto, el paciente que quiere morir, al otro sujeto al cual aquella muerte es solicitada, el médico.⁵ La eutanasia no es *sólo* un problema del médico, sino es un problema del médico y del paciente, de su relación: una relación que no es simplemente de dos, sino es mucho más compleja, desde el momento en que en su interior se instaura la relación con aquel tercero que es la familia, y que en el exterior, tal relación no puede no resentir a aquel gran tercero que es el contexto en el cual se delinea, la estructura del hospital, en general

la estructura de salud, y, en sentido más amplio, la sociedad. Diciendo que la eutanasia se da en un contexto de relación, que es un problema de relación, desplazamos el eje de la reflexión de una atención exclusiva a la autonomía del sujeto, a una atención que se centra en la responsabilidad⁶ o, si queremos, sobre la *atención*, que sostiene o debería sostener la relación misma.

Es claro que hablamos aquí de la eutanasia voluntaria: otra cosa es la eutanasia involuntaria o no voluntaria, la muerte dada por pretendida piedad: en donde la petición se sustituye por el silencio, la reivindicación de la libertad, la “muerte robada”.⁷ Un hurto que encontraría justificación en la piedad por el sufrimiento,⁸ pero que aparece inaceptable también para quien, a la luz del principio de autonomía, sostiene la legalización de la eutanasia como una “cuestión de libertad”.⁹

Considerando la eutanasia voluntaria, tomar como punto de partida la relación, significa cambiar el punto de vista del cual viene puesta normalmente la cuestión: si el derecho del individuo a disponer de sí, del propio cuerpo, pueda ser entendido también como derecho a disponer/decidir de la propia vida y de la propia muerte o, del lado de los principios, si el principio de autonomía pueda encontrar o no límite en el principio de la indisponibilidad de la vida.

Es de aquí que inicia el actual debate italiano, del punto en el cual el derecho a disponer del propio cuerpo alcanza su límite con el así llamado “derecho de morir”: la suspensión de los cuidados de sostenimiento vital en un paciente consciente y capaz de hacer la petición. Es siempre sobre el derecho a disponer de sí, del propio cuerpo en que se basa la solicitud de extender en el tiempo los confines de la autonomía, considerando válidas las así llamadas “declaraciones anticipadas de tratamiento”,¹⁰ también donde se exprese la voluntad de no ser sometido a terapias esenciales para la vida, como la oxigenación, la hidratación y la alimentación.

La óptica de la autonomía puede parecer innegable en el momento en el cual la petición de eutanasia se presenta en su forma menos evidente: aquella eutanasia omisiva o pasiva, en la cual la muerte es perseguida con la suspensión de cuidados de sustentamiento vital. Aquí el derecho del yo a disponer de sí parecería corresponder necesariamente a un deber, que podríamos definir estricto, porque es negativo: el deber de no invadir los límites del sí, la libertad personal. Y sin

embargo, también aquí la intervención del tercero, llamado en causa para suspender o interrumpir los tratamientos vitales, requiere una reflexión adicional: ¿ese deber es verdaderamente tal? ¿No pesa sobre él la sombra de un deber más grande, el deber hacia la vida, que impone lo contrario?

Con esta pregunta que se disputa en este preciso momento histórico en la conciencia de médicos y juristas, nos hemos trasladado de la óptica exclusiva de la autonomía a aquella de la relación y de la responsabilidad. Un traslado que requiere una reflexión particular sobre el tipo de relación que está aquí en causa: *una relación de ayuda* a morir, que aparece de inmediato paradójica porque se configura como una relación que lleva en sí el final de toda relación.

Ayuda a morir/ayuda en el morir

Aclaremos de inmediato que la relación a la cual nos referimos no es *sólo, sino también* la relación entre el paciente y el médico. Como escribe Hans Jonas: “A partir de un cierto momento el médico cesa de ser restaurador de la salud y se convierte para el paciente en auxiliador en la muerte”.¹¹ Pero ¿qué cosa significa “auxiliador en la muerte”? ¿El intervenir con un acto que provoca la muerte, la suspensión, dirigida también ella a la muerte, de *todo* cuidado¹², o el acompañar al moribundo en el tiempo que queda, sin abreviarlo, ni prolongarlo más allá de toda razonable esperanza?

Inquietado por fantasmas de impotencia y de muerte, el médico vive la imposibilidad de sanar de su paciente como una herida profunda.¹³ La tentación será caer en el *ensañamiento* o en el *abandono terapéutico*:¹⁴ hacer de todo y más, intentando hasta el final de sanar a cualquier costo, incluso cuando los costos es el paciente quien los paga en términos de sufrimiento y de calidad de vida,¹⁵ o dejar de *curar* ahí donde no es ya posible *sanar*. Contra esta doble tentación se encuentra la petición de ayuda del paciente, una petición última: ayúdame todavía, si no puedes sanarme, si no puedes ni siquiera cuidarme, “ayúdame a morir”.

Es posible ver en este pedir un reclamo a la llamada esencial del arte médico, aquello que le hace ser algo más que una profesión entre

las demás: la vocación a acoger la petición de ayuda de aquel que sufre.¹⁶ ¿Pero puede esta vocación extenderse hasta el punto límite de acoger la petición de ayuda a morir? ¿No se tergiversa actuando así la vocación misma del arte médico, dando una ayuda que hace imposible toda otra, un cuidado que pone fin a todo otro cuidado? Es necesario aquí distinguir entre *una ayuda a morir* y *una ayuda en el morir*:¹⁷ entendida como una intervención activa, o una omisión dirigida intencionalmente a provocar la muerte, la *ayuda a morir* aparece agravada por un carácter paradójico y contradictorio, mientras *la ayuda en el morir*, interpretado como una continuación en el empeño de cuidar hasta el punto límite, está ausente de tal peso. Como todo buen médico sabe, ahí donde la esperanza de sanación termina, no cesa la solicitud de cuidados, ni cesa la posibilidad de continuar a *dedicarse al cuidado* del paciente.

El problema ético se presenta, por tanto, sólo cuando *la ayuda a morir* pone un cuestionamiento radical sobre los fines mismos de la medicina, tergiversándolos: del perseguir la vida al perseguir la muerte. Una tergiversación que no está desligada del dilatarse de los fines de la medicina, de la defensa de la vida a los mil rostros de la de promoción de su calidad. ¿Qué sucede, entonces, si la vida que queda ya no es de “buena calidad”? La calidad de la vida, perseguida justamente como fin del arte médico, puede convertirse en criterio para juzgar si la vida es todavía un valor a defender o si es un anti-valor del cual liberarse. La muerte, desde siempre enemigo común contra el cual el médico y el paciente entretejían su alianza, puede entonces convertirse en el objeto último de un deseo compartido por ambos o el objeto de un conflicto trágico que puede ser sanado sólo por la intervención de aquel tercero que es el derecho.

Pero antes del derecho, ¿puede *la ayuda en el morir* solicitada por el paciente en las diversas formas de la *eutanasia activa u omisiva*, ser admitida por la deontología del médico? “No daré a nadie ningún fármaco mortal si siquiera si se ha solicitado, y nunca propondré un consejo semejante”:¹⁸ la prohibición establecida por el *Juramento de Hipócrates* y repetido con firmeza también en la última versión del Código de deontología de los médicos italianos: “el médico, incluso por solicitud del enfermo, no debe efectuar ni favorecer tratamientos dirigidos a provocar la muerte”.¹⁹ La petición de eutanasia para la

deontología del médico no puede ser acogida con un *sí*, invoca una ayuda que no puede ser dada. Y sin embargo la petición permanece y sería un error, tanto para la deontología médica como para la ética no ver de dónde viene y por qué, sería un error para la relación terapéutica, y en general para la relación entre los seres humanos, dejar aquella petición pendiente sin re-abrirla.

Es por tanto en la relación, donde la petición habita, que es necesario reiniciar, buscando dilatar la mirada de la relación terapéutica a las relaciones diversas en las cuales la petición madura y a las cuales, en modos diversos, pide ser tomada en cuenta. Si es verdad que el médico es frecuentemente el *destinatario aparente* de la petición: la petición se dirige a él en modo “instrumental”, en cuanto se supone que pueda dar respuesta en el mejor modo, proveyendo en base a su competencia profesional los instrumentos de una muerte rápida e indolora. El *verdadero destinatario* es frecuentemente alguno que a primera vista parece revestir la figura del intermediario: el familiar o el amigo que se hace portavoz y al cual, sólo raramente, la petición es dirigida y entregada en modo directo y exclusivo. Sucede también que la pregunta esté dirigida también a la sociedad, o incluso al Estado, a su máximo representante. Es el caso de Vincent Humbert, el muchacho tetrapléjico, completamente paralizado, excepto del pulgar derecho, mudo y casi ciego, pero con el cerebro lúcido, que aprovecha la capacidad de comunicación milagrosamente recuperada para invocar de Chirac el “derecho a morir”.²⁰ Y el caso más reciente, de Piergiorgio Welby, el leader radical, inmovilizado por la distrofia muscular, que ha solicitado la eutanasia al Presidente de la República Italiana.²¹ Aquí lo que se solicita no es *sólo* la ayuda a morir, sino la legitimación del tal ayuda. El objeto de la petición es, por tanto, aquel derecho que suspende y anula todo derecho, que es el derecho a morir,²² o mejor dicho, es el *derecho de ser ayudado a morir* o, si queremos decirlo más crudamente, *el derecho de ser asesinado*. Un derecho paradójico, que va contra el primero de los derechos, el derecho a la vida, es reivindicado como derecho humano y civil. Una reivindicación que nos impone pasar de la humana *pietas*, siempre debida en el caso particular, al sufrimiento del cual parte la petición, al registro de la *polis*, allá donde se impone la frialdad del razonar por valores que tutelen la convivencia civil.

También sobre este registro, el público de la *polis*, la petición de eutanasia se presenta como una petición de relación; ¿qué relación hay entre el individuo que sufre al punto tal de pedir la muerte, y la sociedad? ¿Qué cosa *ha hecho* la sociedad con todas sus estructuras macro y micro para salir al encuentro de su sufrimiento, qué cosa *no ha hecho* para que aquella petición madure? Y todavía más, ¿puede la sociedad acoger aquella petición, que es al mismo tiempo, petición de *relación (ayúdame)* y de *fin de la relación* misma (a *morir*)?

Para entrar en el realismo de la contradicción debemos antes que nada preguntarnos “quién” pide y “qué cosa”,²³ e incluso, *de qué lugar* se presenta la petición. La respuesta es aparentemente simple: el sujeto que sufre pide y el objeto de su petición es una muerte que lo libere del sufrimiento. Esta es la tesis de quien pone el problema de la eutanasia del punto de vista del sujeto, apoyándose sobre su autonomía y viendo esta última como un algo absoluto, en el sentido literal de la palabra, *ab-solutum*, desligado de todo vínculo o atadura. Pero la autonomía del sujeto, gran conquista política y ética de la modernidad, corre el riesgo de retorcerse sobre el sujeto como una abstracción ideológica, si es vista desde fuera de aquello de lo que proviene, en cuyo horizonte madura, aquello de lo que se alimenta; la relación. Ningún sujeto es nunca verdadera y completamente autónomo, por el buen motivo de que todo sujeto vive en relación con otros: el espacio de la autonomía es un espacio real, concreto sólo al darse al interior de la relación, sólo en su dimensión no absoluta, sino relativa. Prueba de ello es el doble sentido en el cual el mismo principio de autonomía debe ser entendido: no sólo un sentido negativo de no-interferencia, sino también un sentido positivo de promoción, sustento de la autonomía misma del sujeto, de su capacidad de decidir a partir de sí.²⁴ Este irresoluble enredo entre autonomía y relación aparece evidente en la petición de la eutanasia, como en cualquier petición, en el perenne reenvío de la petición del sujeto a algo “diferente”, que es también un reenviar al *otro*, no sólo como al destinatario de la petición, sino más aún, como a aquel de quien la petición deriva. Como el psicoanálisis lacaniano muestra²⁵ es del lugar del otro/Otro de donde la petición deriva.

Un reenvío que tiene un signo doble: el otro es al mismo tiempo aquel con el cual tengo una relación interpersonal fuerte, pero es tam-

bién el Otro, el simbólico en cuya red mi yo ha estado aferrado desde el inicio. Intentar re-abrir la petición de eutanasia quiere decir procurar volver a recorrer un sendero que la filosofía ha ya muchas veces transitado: la relación del hombre con la muerte, una relación que traspasa y envuelve aquella relación con el otro/Otro que es constitutivo del sujeto mismo. Una relación que atraviesa la dialéctica intersubjetiva del reconocimiento y las dinámicas más o menos ocultas del orden simbólico que prevalece en los dinamismos de nuestra sociedad.

Pensemos en la dialéctica hegeliana siervo-señor, una dialéctica en la cual el choque entre las conciencias se vuelve constitutivo de la autoconciencia, y en la cual la muerte es el tercero que sustenta el juego. Es la muerte la absoluta Señora: aquella que el siervo teme temiendo al señor, aquella de frente a la cual tiembla “por su íntegra esencia.²⁶ Objeto de la angustia del siervo y del desafío último del señor, la muerte es el abismo sobre cuyo sello las dos conciencias se confrontan, permaneciendo sin embargo siempre de este lado del límite, sobre el borde. El dueño no puede dar la muerte al siervo: la muerte de este significaría, de hecho, el fin de la relación y por tanto de su mismo ser reconocido como señor.²⁷

Intentemos releer esta dialéctica en la petición de eutanasia. La muerte es también aquí el centro, como tercero que sostiene el juego entre los dos, pero en un rol totalmente tergiversado: ya no es el objeto temido, sino el objeto deseado, ya no la absoluta Señora, sino la muerte de la que se quiere adueñar, dominar, determinándole el tiempo y el modo. También la relación entre las conciencias está tergiversada: ya no existe una lucha por el reconocimiento aún a costa de la muerte, sino una solidaridad, un pacto *para* la muerte. Las conciencias no temen la muerte la una de la otra, en una lucha en la cual hasta el final los roles pueden ser tergiversados, sino la una puede invocar la muerte de la otra, con una petición que no prevé tergiversación de posiciones y de roles. Al final de la carrera de la vida en las dinámicas del poder y de sus controversias parece imponerse la rendición que invoca la postrer ayuda de la humana solidaridad.

Algo que en el tiempo ya ha sucedido: por siempre el hombre ha, en condiciones desesperadas, en proximidad de una muerte entre sufrimientos, invocado desde lo alto la ayuda a morir. Detrás de la tergi-

versación aparente, la muerte permanece aquel objeto singular sin contornos, aquella Señora absoluta sin rostro, que podemos identificar con el *no-objeto*, la *nada* sobre la cual la angustia abre de par en par nuestra mirada.²⁸ Solicitarla, invocarla, como una cosa que sucederá en un tiempo y en un modo definidos, es el último intento de vencer la angustia.

Un intento que tiene hoy motivaciones diferentes respecto a aquellas que podemos encontrar en la historia antigua de la petición de eutanasia. Hoy, en nuestra sociedad, la muerte es un remordimiento que regresa prepotentemente para cobrar notoriedad. Oculta a los ojos de los niños, pero no sólo de los niños,²⁹ la muerte no es sólo aquello que el pensamiento rechaza, es aquello que nuestro inconsciente se ilusiona queriendo vencer siempre y de cualquier modo.³⁰ La alianza entre la voluntad de potencia de la técnica moderna y la omnipotencia ínsita en el deseo han hecho que la muerte, desde siempre la impensable y, al mismo tiempo, aquello que queda *por pensar* para la filosofía, se vuelva para la medicina tecnológica el objeto de una apuesta. No es otra cosa la medicina imposible³¹ de hoy si no esta lucha contra la muerte que la imaginación colectiva vive como un desafío que no podemos y no debemos perder. De aquí aquel ensañamiento terapéutico que se configura como un ensañarse contra el evento natural muerte, medicándolo hasta el fin. Y si sucede, como no puede no suceder, que la muerte esté por vencer, lo que queda no es otra cosa sino continuar, aunque sea en forma tergiversada, extrema, con la medicación, solicitando a la medicina arrancar una última pseudo-victoria: dominar no la muerte, sino su acaecer, sus tiempos, sus modalidades.

Detrás de la petición de eutanasia de nuestros días hay, en las redes simbólicas de las cuales nuestra sociedad está tejida, un no-pensar en la muerte sino, como escribe Kierkegaard, “una vez al año, en la mañana de año nuevo, durante la homilía matutina”.³² Un no-pensamiento o un pensamiento de la muerte “en general”, como algo que no tiene que ver con nosotros.³³ lo mismo que queda tras del “uno se muere” de la charla ligera, con la cual huimos, según Heidegger, de la angustia frente a la muerte. El “uno se muere” “difunde la convicción de que la muerte atañe al Uno anónimo (...) se sobreentiende: una y otra vez no soy yo. De hecho el Uno es nadie”.³⁴ Es claro que cuando la muerte me toca de cerca, porque afecta a otro en el cual puedo ver-

me a mí mismo, el paso del general al particular, del anonimato al nombre, no puede sino ser acogido con sorpresa: ¿Cómo pudo suceder? Un pensar inauténtico aleja de aquello que es “más propio” y, poniendo en juego los mecanismos de extrañación, rechazo, obstaculiza la mirada en el acontecer de la muerte del otro del evento inscrito en su mismo Ser, como viviente-mortal.

La petición de eutanasia se delinea hoy en este horizonte: por una parte la potenciación actuada por la técnica del extrañamiento de la muerte, la ilusión de poderla siempre y de alguna manera vencer o por lo menos retrasar, por otra parte el precio que pagamos por este extrañamiento-ilusión, o bien la medicalización de la muerte con sus dos rostros, sólo aparentemente opuestos, el ensañamiento terapéutico y la eutanasia. Por un lado nuestro intento de vencer a la muerte conduce a nada menos que a un angustioso postergarse del proceso de la muerte, como un transformarse del gran Evento en una secuencia de “muertes”. Por otra parte la eutanasia, que surge como la “salida de emergencia”³⁵ de este proceso, es una vez más una muerte ejecutada por la voluntad de potencia de la técnica. Parece que, puesto que la medicina ha creado el problema, a la medicina misma compete la tarea de resolverlo. Frente a la pesadilla del “paciente prisionero” de las máquinas evocado por H. Jonas,³⁶ parece que no exista otro camino que gobernar el proceso del morir determinándole el tiempo y el modo. Tras la petición de eutanasia no encontramos sólo el sufrimiento que invoca piedad, sino un postrer intento de dominar la muerte, aspecto opaco de aquella voluntad de dominio que conduce a solicitar continuamente su prolongación. Quizá, aún más a fondo, un continuar a no-pensar en nuestra muerte, despojando a la Señora de uno de sus caracteres esenciales, su *acontecer* en un tiempo y en una hora que no conocemos, su ser por tanto *aquello que acontece*, decididamente ese Otro opuesto a nosotros y, al mismo tiempo, nuestra posibilidad más propia. Mas la incertidumbre de la hora de la muerte, don antiguo de Prometeo, ¿no es quizá un don al cual no podemos renunciar, so pena de perder algo de la dignidad de nuestro vivir-morir?

Algo de violencia tienen en común las muertes señaladas en el tiempo, aquellas queridas, eutanásicas, y aquellas no queridas, sufridas, las condenas a muerte: este final en el tiempo, este cerrarse del horizonte de la vida, ya no dejada al gran Otro, sino determinada por

el pequeño otro. ¿Qué sucede a la dialéctica entre las dos conciencias, en el momento en el cual el Tercero que se da entre los dos, mediador oculto del poder y del deseo, aquel Tercero que rige la dialéctica y que tiene los rasgos de la Señora absoluta, es ejecutado por el otro?

Antes de quitarse la vida el médico-filósofo, premio Nobel, Percy Bridgman, afectado por un tumor maligno difuso, escribe: “Es indecente que la Sociedad obligue a un hombre a hacer esto por sí mismo. Probablemente este es el último día en que tendré capacidad de hacerlo por mí mismo”.³⁷ Objeto de deseo, la muerte es al mismo tiempo objeto de angustia: recibirla en vez de dársela por sí mismo parece nada menos que invocar la última ayuda, “el último gesto de piedad”.³⁸ Es verdad: nunca como ante la muerte el ser humano está solo,³⁹ e incluso nunca como al aproximarse la muerte el hombre advierte el peso de la soledad. Es la grande, estrujante lección que nos viene de la humanidad de Jesús en Getsemaní: la invocación que dirige a los discípulos a orar y vigilar con Él. Una invocación que cae en el vacío, como frecuentemente sucede. No es fácil permanecer al lado, vigilar y orar: si no podemos nunca *morir con el otro*, ni siquiera con aquel que más amamos, el ser “cercano”⁴⁰ que si bien es posible, es extremadamente difícil. Un bien frágil y precioso, aquella “cercanía” es frecuentemente negada no sólo por la debilidad de quien debería estar al lado, sino también por la rigidez de las reglas impuestas por las estructuras clínicas: demasiado frecuentemente en nuestros hospitales asépticos y equipados, el sufrimiento del morir es redoblado por el dolor de la separación de aquellos que amamos.⁴¹

¿Pero hasta qué punto puede llegar la cercanía del amor? ¿Es posible que llegue hasta acoger una petición de muerte, casi un intento último de vencer la muerte del otro, sometiéndola *por el otro*, o bien determinándole el tiempo y el modo? ¿Sería todavía cercanía? ¿Quiénes seríamos si aceptásemos la petición? ¿Seríamos los dueños de la muerte o seríamos nosotros mismos *la muerte*? ¿Qué espacio tendrá nuestra subjetividad en esta lucha entre el otro que amamos y *su* muerte? ¿Seríamos quizá sólo un medio de la autonomía del otro para intentar dominar a la Señora que escapa a todo dominio? ¿O seríamos nada menos que un funcionario de la Muerte? ¿De quién habremos consolidado la victoria? ¿Qué sucede si se desliza más allá del borde donde se encontraban las dos conciencias hegelianas? Ahí, como He-

gel enseña, no se da ya el deseo de reconocimiento: diremos que la petición calla para siempre, no porque sea satisfecha, sino simplemente porque ya no hay más relación.

Un inconveniente se advierte y pesa en las narraciones de las así llamadas eutanasias felices: es el residuo que pesa sobre las conciencias de quien, dando la muerte por piedad, asume un poder que no le pertenece: la muerte, como la vida, no es una dueña que se deje dominar. Su lado oscuro, inaferrable, aquello que queda más allá del umbral al que acompañamos a aquel que amamos, escapa a nuestro saber/poder. Ni nosotros, ni él podremos nunca decir de ello nada: no hay exoneraciones posibles, ni permisos que puedan anular el poder de aquella que desde siempre se nos escapa. Así un hijo que ha accedido a la petición de eutanasia del padre comenta su experiencia: no pediría nunca nada similar a mis hijos.⁴²

La muerte suministrada según un tiempo y un modo acordados, la muerte administrada se revela a aquel dominio al cual queremos someterla, permaneciendo para siempre en nosotros como una frontera violada de la cual no hay retorno. ¿Es esto lo que el otro quería verdaderamente? La muerte lleva consigo el secreto de aquella petición, cerrando para siempre la posibilidad de re-abrirla, re-escuchar su sentido: el objeto-no objeto de la petición, una vez alcanzado, anula para siempre el sujeto que la formulaba y la relación que sostenía la petición misma.

Es antes, en los destellos de luz que quedan todavía, cuando la petición puede ser todavía re-abierta, que debemos preguntarnos sobre su sentido, sobre aquello que es su *verdadero* objeto, sobre los múltiples modos de la cercanía que nos es solicitada en aquel "ayúdame a morir". ¿Quien pide la eutanasia solicita *verdaderamente* la muerte? Hay en esa petición de muerte, si logramos abrirla junto al otro, un desesperado amor por la vida que llama aún a la relación:⁴³ quien pide la muerte en realidad no quiere la muerte, aquello que pide es no vivir más de aquel modo. La *calidad de la vida* entra portentosamente en la cuestión eutanasia, se vuelve la *verdad* de la petición de muerte.

La calidad de la vida no es, sin embargo, de por sí contrapuesta a la sacralidad de la vida: lo es *sólo* en el momento en el cual, en una perspectiva que absolutiza la autonomía, se vuelve criterio de un juicio *sobre la vida*. Entre nosotros y esta perspectiva, hay un espacio en

el cual entre los dos principios, de sacralidad y de calidad, se puede entretejer una preciosa alianza *por* la vida: precisamente porque la consideramos sagrada, porque le reconocemos un valor absoluto, la vida debe honrarse, defenderse, desde su primer momento hasta el último, promoviendo su calidad. ¿Es posible, en lo concreto, independientemente de las abstracciones conceptuales, conservar unidos los dos principios y “vivir bien no obstante todo”?⁴⁴

Un interrogativo al cual debemos responder en lo concreto, entrando en la realidad de nuestros hospitales, de nuestro sistema sanitario, de nuestra asistencia domiciliaria. Una cuestión que se coloca en la perspectiva de la ética pública. ¿Qué sociedad seríamos si acogiésemos con un *sí* la petición de muerte de nuestros enfermos incurables? ¿Habríamos verdaderamente respetado su libertad, o no habríamos legitimado más bien el apagarse de su libertad? ¿No hay quizá una tercera vía, que permita no contraponer el respeto de la libertad y el respeto de la vida?

Entre el ensañamiento que ha provocado y la eutanasia que se le pide como remedio, la medicina de hoy nos ofrece también otra solución,⁴⁵ que logra decir al mismo tiempo sacralidad y calidad de vida, cercanía de los cuidados y respeto de la libertad. Los cuidados paliativos son esta tercera vía, que se hace cargo de la petición “ayúdame a morir”, reabriéndola día tras día con un “¿por qué quieres morir?” “¿cómo puedo ayudarte a vivir todavía, a vivir en modo aceptable no obstante todo?” Y al final: “¿cómo puedo ayudarte no a morir, sino *en el morir*, esperando contigo, cerca de ti, tu muerte?”

La petición de eutanasia y los paradigmas de la bioética

Una tercera vía a la cual la bioética nos conduce a partir de una reconsideración *integrada*. De sus cuatro paradigmas: aquel de los cuidados, del cual hemos comenzado, el paradigma clásico de los principios,⁴⁶ los demás, menos clásicos, de la experiencia y de las virtudes. De aquí un entrelazarse de las cuatro preguntas que podemos hacer corresponder a los cuatro acercamientos o paradigmas bioéticos, proponiendo un orden que tiene sólo el valor de una secuencia de tipo epistemológico-existencial, no un significado de mayor o menor rele-

vancia ética. La primera pregunta puede ser aquella del paradigma de la experiencia: “¿Qué está sucediendo? ¿Por qué mi paciente me pide morir? ¿Qué hay en su vida tan inaceptable para preferir la muerte?”. La segunda pregunta puede ser aquella del paradigma de los cuidados: “¿Cómo puedo hacerme cargo, tomar bajo mi cuidado su sufrimiento? ¿Cómo puedo ayudarlo?”. La tercera pregunta puede ser aquella del paradigma de las virtudes: “¿Cuál virtud debo descubrir en mí para estar a su lado?”. La cuarta y última pregunta, a cuya seriedad no podemos escapar, puede ser aquella del paradigma de los principios: “¿Qué cosa *debo* hacer para ayudarlo? ¿En cuáles principios *debo* inspirar mi acción?”. No se trata de sustituir aquí un paradigma por otro, sino de hacer interactuar el paradigma de los principios con el de la experiencia, de los cuidados y de las virtudes:⁴⁷ una interacción compleja de la cual la bioética busca responder a una pregunta-límite agotando todos sus recursos.

Es claro que aquí la bioética rotará en torno al gran tema de la comunicación entre todos los sujetos implicados: el médico, el paciente, el personal sanitario y los familiares. La psicología deberá por tanto aportar un importante apoyo, no sólo al enfermo, sino a la misma reflexión ética, desde el momento en que el dato científico de partida no es sólo el estado de la enfermedad sino también la *experiencia* del enfermo. A partir de esta premisa podemos ver cómo la re-apertura de la petición lleva a pensar en los diversos niveles posibles de respuesta.

Un primer nivel es la *liberación del dolor*, de la laceración de su presencia, de la angustia que domina su espera. En este campo, sobre el que podemos encontrar un consenso unánime, que se plantea con anterioridad a las convicciones éticas diversas sobre el *sí* o el *no* a la eutanasia, hay mucho que hacer en términos de conocimiento, pero también y sobre todo en términos de práctica clínica. Como poner de relieve S. Nuland, “la gente parece ignorar que hoy está disponible una eficaz terapia del dolor; el gran problema es que esta terapia no ha entrado todavía en el uso común porque demasiados médicos no tienen de ella suficiente familiaridad”.⁴⁸ Ahora bien esta carencia es inaceptable porque condena muchos pacientes a sufrimientos de los cuales pueden ser liberados: “Quizá la verdadera vergüenza”, escribe

Nuland, “también a nivel internacional, es precisamente esta, que las terapias existen, están disponibles, y no se usan”.⁴⁹

Un primer objetivo de una bioética que se ocupe del final de la vida es por tanto mostrar cómo de frente a la tragedia del sufrimiento del enfermo terminal no existe sólo la alternativa de la tolerancia heroica o de la eutanasia, sino cómo sea posible, incluso obligatorio, prospectar y recorrer una vía que soporte la dignidad del morir sin afectar el valor de la indisponibilidad de la vida humana. Es la tercera vía del “tomar a su cuidado” al enfermo terminal, yendo al encuentro de la primera de sus necesidades, al más sufrido de sus deseos: *la liberación del dolor*. Ya que en la mayor parte de los casos, según los más recientes protocolos científicos, *podemos* responder a la necesidad de la liberación del dolor, *debemos* hacerlo, no sólo individualmente, sino con una lucha civil que oriente a nuestra sociedad a ejercer sus decisiones políticas, económicas, sanitarias necesarias para que una terapia del dolor de alto nivel esté disponible para *todos* aquellos que tienen necesidad, independientemente de las disponibilidades económicas. En este sentido se han dado avances en Italia, sobre todo liberando la terapia del dolor de excesivas estrecheces normativas,⁵⁰ pero todavía queda mucho por hacer en términos de organización sanitaria y de buena praxis médica.

Preguntar, según el paradigma de los cuidados, “¿qué cosa puedo hacer por ti? Significa enfrentar esta primera necesidad, la liberación del dolor físico y aquello que con aquella necesidad se entrecruza, no un deseo, sino su contrario, la angustia. El dolor del cual el enfermo invoca alivio no es, de hecho, sólo físico, es también “dolor del alma”,⁵¹ sentido de la pérdida, angustia frente a la *nada* en la cual ve desplomarse todo aquello que *tiene* y todo aquello que *es*. Este segundo dolor, que es difícil describir y circunscribir, se enreda con el primero: no podemos atender al uno si no atendiendo al otro. La solución es frecuentemente adormecer al uno y al otro. El intento de comprender el dolor cede el paso a un intento de dominarlo según el modelo y los medios de la técnica”:⁵² un intento que pasa a través de su reducción a aquello que del dolor podemos ver y experimentar. En realidad lo que logramos hacer es dominar no el dolor, sino sus síntomas más aparentes, adormeciéndolo. La *analgesia* que en las dinámicas de nuestra sociedad aparece conjugada con el activismo,⁵³ pasa de

la sociedad a la medicina y de la medicina a la sociedad: en tal circuito la analgesia revela su rostro, su ser una analgesia parcial y temporal, que ofrece cierto alivio, pero que lleva consigo un residuo. Adormentado, junto con el dolor físico, el dolor del alma, está siempre ahí, rebelde a los cuidados médicos, listo para reavivarse, para gritar de nuevo. La medicina de hoy nos ofrece procedimientos terapéuticos que no sólo reducen la complejidad del fenómeno del dolor, sino “sustraen el dolor a toda mirada con la justificación de administrarlo”.⁵⁴

Reabrir la petición de eutanasia que proviene del enfermo terminal a la luz del paradigma de los cuidados significa ir en contra de tal tendencia a reducir/esconder el dolor, significa reconsiderar la primera y evidente motivación de la petición, la *liberación del dolor* también como *liberación desde el dolor*, en la entereza, en la complejidad de sus significados. A partir del conocimiento de aquello que es un dato adquirido por la ciencia, la interacción entre el aspecto físico y el aspecto psíquico del dolor,⁵⁵ deberemos buscar una respuesta que se valga no sólo de cuidados físicos o psicológicos, sino también de un *cuidado del alma*. Si el dolor es la *pérdida*, en el interior del dolor, en el fondo de él, el vacío que se excava es un *vacío de sentido*. No podemos olvidar que la petición de eutanasia es también, quizá sobre todo, una petición sobre el sentido: “¿qué sentido tiene vivir todavía así?”. Es la antigua pregunta de Job que reaparece en todo enfermo incurable, quizá sólo en todo enfermo que haya llegado al fondo de agujero negro del sufrimiento

Una pregunta a la cual *debemos* dar respuesta, llegando a la vez al fondo de nuestras certezas, de nuestra “fe” en la vida, reteniendo junto con el enfermo los mil y un pequeños sentidos cotidianos caídos para él y con él, y buscando detrás de ellos qué cosa queda. La pregunta sobre el sentido, que el dolor del alma impone, es radical: ¿cuál es el sentido de la vida, ahí donde los pequeños sentidos –a los cuales están unidas las esperanzas cotidianas, los hábitos, los pequeños-grandes compromisos de cada día– han desaparecido? Una vez que el acercarse de la muerte desenmascara las distracciones de las cuales hemos tejido nuestras existencias, podemos verdaderamente preguntarnos con Pascal cuál locura nos ha guiado a seguir con encono los

caminos. Y eh aquí que la pregunta por el sentido impone una respuesta que no puede sino ser radical ella misma: el sentido de la vida o existe siempre, en realidad es un sentido que es siempre anterior a aquellos pequeños sentidos-no-sentidos cotidianos, o no existe nunca.

Una elección, una opción sobre el sentido de la vida que indica el camino difícil con el cual *sostenemos* la pregunta del sentido, que queda como verdad de la petición de eutanasia. Algo que tiene que ver con la esperanza: porque no es otra cosa la esperanza sino creer que hay un *sentido*, un *por-qué* en aquello que nos sucede. Escribía hace años Carlo María Martini: “la eutanasia es el síntoma de un decaer de la esperanza. No hay de hecho una medida para el sufrir del cual el hombre es capaz sino aquella fijada por la esperanza que lo sostiene. Aquello que debemos buscar, por tanto, frente a la esperanza suprema de la vida, es acrecentar la esperanza, mientras nos esforzamos por disminuir el sufrir”.⁵⁶ Un sostener la esperanza, que impone al cuidador, atravesar junto con quien pide el abismo, buscando construir juntos senderos no interrumpidos de sentido. Y ese sostenimiento espiritual que puede asumir diversas formas, tantas cuantas son las creencias, las convicciones del paciente, pero que “en contextos sea seculares que religiosos” debe constituir, como escribe Warren Thomas Reich, el “núcleo de nuestras preocupaciones al tomar bajo nuestro cuidado al moribundo”.⁵⁷

A la *liberación desde el dolor*, primera respuesta a la petición de eutanasia, una liberación sostenida desde el exterior, por el crecimiento de la terapia del dolor y de las oportunas decisiones políticas y económicas, debe acompañar esta liberación del dolor, que no se da como antítesis de la primera, sino como su esencial complemento, o mejor como su potenciamiento *interno*. Un movimiento doble que requiere un hacerse cargo de la complejidad del dolor, del intersecarse de sus aspectos, físicos, psíquicos y espirituales, dando fondo no sólo a las reservas de la *professio* sino también a aquellas de la *humanitas* de quien se hace cargo del enfermo: es la complejidad que se anida en el empeño de un *ars morientem curandi*⁵⁸ que recupere la espiritualidad profunda de la antigua *ars moriendi* y la conjugue con la sensibilidad y las competencias del hombre de hoy.

Ahí donde la terapia del dolor sea actuada como parte de cuidados paliativos que se hagan cargo del paciente con un acercamiento holís-

tico, uniendo la *atención* médica de los síntomas al cuidado de la persona, las más de las veces la petición de eutanasia desaparece.⁵⁹ Sin embargo a veces, si bien raramente, la petición persiste. Y es también sobre esta petición residual que debemos preguntarnos. Una petición que aparece como un último, desesperado salto de la libertad: “ayúdame a morir, no porque sufro, sino porque no quiero ya vivir en espera de la muerte”. ¿Qué nos solicita quien nos dirige esta petición? Quiere dominar *con él y para él* a la absoluta Señora, con un último gesto paradójico de amor, quiere ser él el señor de aquella muerte, y quizá nuestro mismo señor, saliendo de aquel estado de absoluta impotencia en el cual la enfermedad lo ha confinado. Detrás de la petición de muerte se esconde otro deseo: un último deseo de ser reconocido.

Es aquí que se anida también uno de tantos sentidos en el cual puede ser entendido el “morir con dignidad”.⁶⁰ Si para la mayoría morir con dignidad significa morir sin sufrimientos, para algunos esto no basta: la dignidad coincide con la autonomía, con el ser dueños de sí, del propio cuerpo, de la propia vida, con la no dependencia de los otros, de las máquinas que otros maniobran *para él y sobre él*. Con su petición de ayuda a morir, el enfermo pide reapropiarse de aquello que la enfermedad, la hospitalización, el aislamiento lo han expropiado: su cuerpo, pero también su yo, la imagen que tenía de sí y que los otros tenían de él, una imagen que entraba en ciertos cánones estéticos, sociales, de eficiencia, de poder, y que ahora yace a pedazos, muerta, antes de su misma muerte. Pedir morir en dignidad puede significar una compensación, la última, de un yo a pedazos que se advierte ya no como el *dueño* del propio cuerpo, sino como el *prisionero*, la *víctima prisionera* de su mismo cuerpo.

Esta petición residual que procede de una pérdida de autonomía que se asemeja, hasta ser difícilmente distinguible, con el dolor del alma de la cual decían, tiene dentro de sí un simbólico en el cual todos nosotros estamos más o menos prendidos. Derrotado por la enfermedad ya en modo definitivo, el enfermo terminal es, como los “incurables” del pasado, confinado a un particular *status* social: la sociedad dominada por los mitos de la autonomía, de la productividad, de la eficiencia, de la belleza lo aparta al margen. Y es de aquel lugar de confin, que la petición de eutanasia continua a insistir, aún ahí donde

parece que todo haya sido hecho para tomarlo a su cuidado. Una petición que “dice” la insatisfacción que queda más allá de la liberación del dolor, la inquietud de un deseo que pide algo *diferente* y que no encuentra otro objeto que pedir sino la muerte.

Si el deseo está siempre en el fondo, como quiere Lacan, deseo del otro, en el sentido que el reconocimiento del otro es el verdadero objeto de mi deseo, y es por tanto *desde el lugar del otro* que yo deseo;⁶¹ deberíamos preguntarnos por qué el enfermo terminal traspone su deseo en aquella petición última, paradójica. ¿Es posible que el otro no lo reconozca sino como aquel que está a punto de morir, o incluso aquel que *debe* morir? ¿Es posible que desde el lugar del otro sea sólo su muerte aquello que él ve en su vacío? ¿Detrás de la petición del enfermo no está quizá la percepción de nuestro deseo que todo se resuelva con rapidez, desde el momento en que ya no hay más esperanza, que aquel tiempo que queda entre la muerte anunciada y su aparición, un tiempo que parece marcado por el sufrimiento y la insignificancia, sea el más breve posible? Si esto es verdad, consintiendo a su petición de muerte, lo matamos, como escribe Marie De Hennezel, dos veces, realmente y simbólicamente,⁶² porque confirmamos con nuestro *sí* que es *sólo* como candidato a la muerte que logramos reconocerlo.

Es necesario por tanto, una vez más re-abrir la petición, para hacernos cargo de aquello que ella revela/esconde. Es el yo del sujeto que pide ser reconocido: compete a nosotros ofrecerle reconocimiento,⁶³ buscando volver a colocarlo en su lugar, *dentro* de la comunidad de los vivientes. Aquí la dialéctica hegeliana se invierte a través de una *conversión* del deseo: el reconocimiento no arrebatado y obtenido a través de la lucha, por el más fuerte, sino precisamente aquel que es más fuerte lo ofrece primero, esperando que el otro, el enfermo lo reconozca a su vez como aquel que puede darle ayuda. Esta *espera* señala el darse recíproco del reconocimiento, liberándolo de toda pretensión, tiene los ritmos de la paciencia, de la escucha, de la aceptación del silencio del enfermo, de su rechazo, de su rebelión, de sus primeros signos de aceptación y de diálogo.⁶⁴

El primer momento del ofrecimiento de reconocimiento es el respeto del yo del enfermo, de su autonomía. Aquí aquel que toma a su cuidado al enfermo debe evitar el riesgo que el *cuidado* lleva en sí, y

que es más fuerte cuanto más débil sea el sujeto que cuidamos: el riesgo de aplastar el yo del sujeto, de sofocarlo con un exceso de protección. Tantas son las tentaciones en este sentido: Desde la primera, la más evidente, la negación de la verdad, a las cotidianas, pequeñas privaciones de la libertad que encuentran justificación en el bien del sujeto, o mejor en aquello que *nosotros* consideramos que sea *su* bien. Vencer tales tentaciones significa poner al centro el respeto por la *persona* enferma: a partir del derecho a una información sobre su estado, la más completa que él pueda sostener, a un involucramiento en las decisiones terapéuticas, a un potenciamiento continuo de la autonomía minada por la enfermedad.

Esto significa paradójicamente partir del más triste, pero al mismo tiempo del más esencial de los derechos, “el derecho a ser dejados solos”.⁶⁵ aquel derecho a la inviolabilidad del cuerpo, sobre el cual se basa el derecho al rechazo de las terapias, sobre el cual se funda el mismo consentimiento libre e informado, pero también sobre el derecho a la privacidad, al pudor, a la limitación máxima de la exposición del cuerpo. También al derecho a la verdad, o mejor, como escribe De Hennezel, a la “realidad”,⁶⁶ encuentra fundamento en esto que es fundamental el derecho del yo a permanecer en sus fronteras, en sus espacios. El derecho a la información sobre el estado de la enfermedad precede y funda el derecho a la decisión, a la libertad de los cuidados, que asume en la fase final de la enfermedad un carácter sacro,⁶⁷ porque hace posible el acercarse conscientemente a la “propia muerte”.

Es importante sin embargo que tal derecho sea respetado y ejercitado en un contexto de comunicación y de relación, donde la descripción de la realidad de los hechos no lleve el signo de la cerrazón en una verdad, que por otra parte nadie posee, sino sea comunicada en un ámbito de posibilidad que deja abierto el horizonte de la esperanza.⁶⁸ Aquí en el momento quizá más delicado de la aplicación de principio de autonomía “el derecho a ser dejados solos” debe ser respetado en interacción dialéctica con su contrario complementario: “el derecho a no ser dejados solos”, a tener siempre alguien cerca que se ocupe de nosotros. Entre los dos derechos no hay contradicción, sino una fundamental interacción dialéctica: el uno es el revés del otro en el sentido que lo integra e integrándolo lo corrige. Podremos ver estos dos derechos como el reflejo de nuestros dos deberes fundamentales

hacia el otro: el *respeto* y el *cuidado*.⁶⁹ Ahí donde el *respeto* indica la distancia de seguridad a la cual debemos mantenernos del yo del otro, también del yo más débil y más enfermo, señalándole la inviolable frontera, el *cuidado* indica la cercanía de la humana solidaridad, aquello que nos impulsa a estar al lado, a compartir el peso de la existencia.

Una interacción difícil entre los dos derechos que puede asumir tonos trágicos en el momento límite en el cual la autonomía del enfermo llega al rechazo de la terapia de sostenimiento vital: aquí el derecho a tal rechazo, que parece garantizado por el art. 32 de la Constitución italiana, choca con la indisponibilidad de la vida, presente en varios puntos como principio inspirador en ese mismo ordenamiento.⁷⁰ Un choque tanto más evidente en cuanto, en el caso de un paciente prisionero de las máquinas, el *derecho a sustraerse* de los cuidados, no pudiendo realizarse sino como *derecho a ser sustraído*, implica no sólo la autonomía del paciente, sino la responsabilidad del médico.

El problema que quisiéramos proponer es: ¿se trata sólo del conflicto entre derechos o, si nos ponemos en el ámbito de la bioética, entre principios, como el principio de autonomía y aquel de la indisponibilidad de la vida humana? ¿No es posible poner la cuestión en tal modo? ¿Re-pensar el dilema entre derechos o entre principios, redefiniendo el contexto en el cual ha nacido, buscando trabajar sobre ese contexto? En otras palabras, la integración de los paradigmas de la bioética de los cuales hemos partido puede ser útil para reconsiderar el problema no garantizando la victoria a uno de los derechos o a uno de los principios sobre los cuales los derechos se fundan, sino buscando salvarlos a ambos, rediseñando el ámbito en el cual llegan a madurar. Eso es posible quizá si buscamos repensar los dos términos del dilema, la autonomía y la vida: la autonomía ya no es una clave absoluta, sino como una autonomía que se delinea en un horizonte de relación, porque viene, como la vida misma, *de la relación*, se nutre *de relación*, y *pide relación*; y por otra parte la vida como aquello que incluye y no excluye la muerte, como un valor del cual no se puede disponer, que debe ser perseguido y defendido, sin llegar todavía a aquel desesperado vitalismo que anima al ensañamiento terapéutico. Una reconsideración que puede ayudarnos a salir de la alternativa en

la cual parece hoy enredada la opinión pública, *eutanasia o ensañamiento terapéutico*, abriendo el camino a un trayecto en el cual sea más fácil para el enfermo terminal reconocerse y ser reconocido como sujeto al mismo tiempo autónomo y de relación, capaz de realizar, junto a aquellos que lo toman a su cuidado, decisiones sobre las terapias “proporcionadas” a su caso.

Es posible entonces que la petición de la cual hemos partido “ayúdame a morir” sea releída con anterioridad a una contradicción entre libertad y vida, o de otra, quizá más difícil de sostener, entre vida y amor. Reabriendo pacientemente la petición en el tiempo de la atención, un tiempo que se sustrae de los ritmos acelerados de la eficiencia, de la lógica de la eficiencia, podremos quizá encontrar modos diversos de responder permaneciendo *dentro* de la contradicción, salvando libertad y vida, vida y amor. Lograremos hacerlo repensando juntos, aquel que atiende y aquel que es atendido, nuestra relación con la muerte, haciéndonos de ella al mismo tiempo siervos y señores, temiéndola como la absoluta Señora, Evento no dominable, y sin embargo aprendiendo día a día, el uno del otro, el significado de nuestro aproximarnos, sin violarlo, a su sagrado recinto.

Referencias bibliográficas

¹ Cfr. Goffi JY. *Pensare l'eutanasia*. Torino: Einaudi; 2006.

² Congregazione per la Dottrina della Fede. *Dichiarazione sull'eutanasia* (05.05.1980) en *Enchiridion Vaticanum*, VII, pp. 3325.

³ En la intervención de Carlo María Martini publicada en “Sole 24 ore” del 21.01.2007 la eutanasia es definida como “un gesto que pretende abreviar la vida, causando positivamente la muerte”. Como ha sido puntualmente evidenciado por Elio Sgreccia, tal definición resulta “insuficiente, porque se refiere solamente a la así llamada eutanasia activa; mientras es eutanasia también la “omisión” de una terapia eficaz y debida, cuya privación causa intencionalmente la muerte. En este sentido se realiza precisamente la eutanasia omisiva (no es apropiado llamarla “pasiva”, con un término éticamente débil o neutro)” (Corriere della sera del 23.01.2007). También en el frente laico, aunque con intenciones opuestas, Umberto Veronesi sostiene que entre “un gesto que pretende abreviar la vida causando intencionalmente la muerte” y la “omisión de terapias cuya privación causa intencionalmente la muerte” “la sustancia y el significado moral no cambia. (Corriere della sera del 26.01.2007).

⁴ “El problema eutanasia (...) podía nacer solamente en un contexto cultural que rechazaba considerar el suicidio como la violación de un principio ético fundamental” (Cotroneo G. //

suicidio e l'eutanasia en Gensabella Furnari M (coord.) *Alle frontiere della vita. Eutanasia ed etica del morire*. vol. 2º, Soveria Mannelli: Rubbettino; 2003: 208; -

⁵ “Quien quiere darse la muerte, se la da – después se hace una encuesta, y es todo. Pero el problema de la eutanasia es la libertad del médico de hacer morir, directa o indirectamente, a un enfermo cuyo estado es juzgado desesperado, con el acuerdo del propio enfermo. Es este el problema de la eutanasia: el derecho legal para el médico – que según la letra del derecho aparecería como un homicida – de administrar al enfermo la inyección mortal liberadora. S. Freud, por ejemplo, enfermo de muerte, sufriendo un horrible cáncer al rostro, pide a un amigo la inyección capaz de liberarlo de los últimos tormentos. Pero el problema de la eutanasia se plantea para el médico – no para Freud. Porque para este se reduce el problema al suicidio” (Jankélévitch V. *Pensare la morte?* (trad. it. por Lisciani-Petrini E.), Milán: Raffaello Cortina Editore; 1995: 62). Podemos notar que también en el caso de Freud que la petición de eutanasia es dirigida a partir de una relación de amistad, sobre la base de un pacto estrecho entre Freud y “su médico” desde el inicio de la enfermedad (cfr. Gay P. *Freud. Una vida para nuestros tiempos*. (trad. it. de Cerletti Novelletto M.), Milán: Bompiani; 1988: 591.

⁶ Cfr. Alici L. *Etica ed eutanasia: l'orizzonte della responsabilità* en Gensabella Furnari. *Alle frontiere della vita...*, pp. 217-242.

⁷ Cfr. De Hennezel M. *La dolce morte*. (trad. it. por Viale A.) Milán: Sonzogno; 2002: 19.

⁸ Cfr. Rachels J. *La fine della vita*. (trad. it. por Garavelli P.), Milán: Edizioni Sonda; 1989.

⁹ Cfr. por ejemplo Neri D. *Eutanasia: le ragioni del sì* en Gensabella Furnari. *Alle frontiere della vita...*, pp. 68-69 y nota. La expresión “una cuestión de libertad” se encuentra en la p. 81. Di Neri ver también: Neri D.L. *Eutanasia*. Roma-Bari: Laterza; 1995: 55-56.

¹⁰ Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica (Cnb), *Dichiarazioni anticipate di trattamento* (18.12.2003). Roma; Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria; 1998. Ver también: Cattorini P. (coord.) *Le direttive anticipate del malato*. Milán: Masson; 1999; Sobrino P. *Il rapporto paziente medico alla luce del parere del Cnb sulle direttive anticipate di trattamento*, en Gensabella Furnari M. (coord.) *Il paziente, il medico y l'arte della cura*. Soveria Manelli: Rubbettino; 2005; De Tilla M, Militerini L, Veronesi U (coord.). *Il testamento biologico*. Milán: Sperling & Kupfer; 2007.

¹¹ Jonas H. *Il diritto di morire*. (trad. it. por Portinaro P.P.), Genova: Il Melangolo; 1991: 35.

¹² Diverso es el caso de la suspensión de los cuidados desproporcionados, que está admitida también por el magisterio de la Iglesia: cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe. *Declaración...*, IV.

¹³ Cfr. Ricci Sindoni P. *Il guaritore ferito* en Gensabella Furnari. *Alle frontiere della vita...*, pp. 53-64.

¹⁴ Cfr. Palazzo S, Piattello A. *Domanda di euthanasia e accanimento terapeutico nel paziente oncologico* en Gensabella Furnari. *Alle frontiere della vita...*, p. 260 y s.

¹⁵ El *Código de Deontología médica* (16 de diciembre de 2006) de la Federación Nacional de los Órdenes de los Médicos Cirujanos y de los Odontoiatras (Fnomceo) así se expresa el artículo 16: “el médico, aún teniendo en cuenta la voluntad del paciente cuando sea expresa, debe abstenerse de la obstinación en tratamientos diagnósticos y terapéuticos de los cuales no se pueda fundadamente esperar un beneficio para la salud del enfermo y/o un mejoramiento de la calidad de vida” (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo). *Codice di Deontologia Medica*. (16.12.2006). (acceso del 01.12.2007, en: <http://portale.fnomceo.it/>).

¹⁶ Von Engelhardt D. *Il rapporto medico-paziente in mutamento: ieri, oggi, domani*. Medicina e Morale 1999; 2: 265-299, p. 298.

- ¹⁷ Cfr. Neri. *Eutanasia...*, p. 62.
- ¹⁸ Ippocrate. *Il giuramento* en Vegetti M (coord.). *Ippocrate. Opere*. Turín: Utet; 1976: 415.
- ¹⁹ Fnomceco. *Codice...*, art. 17.
- ²⁰ Cfr. Humbert V. *Io vi chiedo el diritto di morire*. (trad. it. por Sirtori C.), Milán; Sonzogno; 2003.
- ²¹ Cfr. Welby P. *Lasciatemi morire*. Milán: Rizzoli; 2006.
- ²² Cfr. Jonas. *Il diritto di morire...*, p. 9.
- ²³ Cfr. De Hennezel *La dolce morte...*, p. 107ss.
- ²⁴ Cfr. Beauchamp TL, Childress JF, *Principi di etica biomedical*. (trad. it. por Demartis F.). Florencia: Le Lettere; 1999: 131-132.
- ²⁵ Cfr. Lacan J. *Scritti*. (trad. it. por Contri G.), Turín: Einaudi; 1974, vol. 2: Id. *Le formazioni del inconscio* in Id. *Seminari di Jacques Lacan (raccolti e redatti da J.B. Pontalis)*. (trad. it. por Boni L.), Parma: Pratiche; 1979. Sobre este tema en J. Lacan me permito reenviar a cuanto he escrito en: Gensabella Furnari M. *L'oggetto perduto. Desiderio e Verità in Jacques Lacan*. Napoli: Giannini; 1985: 79-108. Una referencia, si bien fugaz, a la distinción lacaniana entre necesidad, petición y deseo está presente en el texto ya citado de M. De Hennezel (De Hennezel. *La morte amica...*, p. 110).
- ²⁶ Hegel GWF. *Fenomenologia dello Spirito*. (trad. it. por De Negri E.). Florencia: La Nuova Italia Editrice; 1967, vol I: 161.
- ²⁷ Cfr. Kojève A. *La dialettica e l'idea della morte in Hegel*. (trad. it. por Serini P.), Turín: Einaudi; 1982: 197-198.
- ²⁸ Escribe Heidegger: "La angustia revela la nada". Heidegger M. *Che cos'è la metafisica?* (trad. it. por Carlini A.), Florencia: La Nuova Italia; 1984: 19).
- ²⁹ Cfr. Aries P. *Storia della morte in Occidente*. (trad. it. por Vigezzi S.), Milán: Rizzoli; 1980. Sobre el tabú de la muerte en edad contemporánea cfr. Vovelle M. *La morte e l'Occidente*. (trad. it. de Ferrara G.), Roma-Bari: Laterza; 1986.
- ³⁰ Escribe Freud: "en verdad es imposible para nosotros representarnos nuestra muerte, y cada vez que intentamos hacerlo podemos constatar que en efecto permanecemos todavía presentes como espectadores" (Freud S. *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte* en Id. *Opere*. (trad. it. por Musatti C.), vol. VIII, Turín: Bollinghieri; 1976: 137).
- ³¹ Cfr. Callahan D. *La medicina impossibile*. (trad. it. por Rini R.), Milán: Baldini & Castoldi; 2001.
- ³² Cfr. Kierkegaard S. *Postilla conclusiva non scientifica alle "Briciole di Filosofia"*. (trad. it. por Fabro C.), Bologna: Zanichelli; 1962, vol. I: 360.
- ³³ Cfr. *Ibid*.
- ³⁴ Heidegger M. *Essere e tempo*. (trad. it. por Chiodi P.), Turín: Utet; 1969: 381.
- ³⁵ Es el título de un texto que sostiene la eutanasia voluntaria: Humphry D. *Eutanasia uscita di sicurezza*. Milán: Elèuthera; 1993.
- ³⁶ Cfr. Jonas. *Il diritto a morire...*, p. 21.
- ³⁷ Cfr. Jonas. *Il diritto di morire...*, p. 21.
- ³⁸ Cfr. Scarpelli U. *Eutanasia, ultimo gesto della pietà*. *Mondo economico* (6 julio 1991), ahora en Id. *Bioetica laica*. Milán: Baldini & Castaldi; 1998: 129-132.
- ³⁹ Como escribe Heidegger: "la muerte pretende el ser en el aislamiento" (Heidegger. *Essere e tempo...*, p. 394).
- ⁴⁰ En los sufrimientos de la pérdida del difunto no se llega a pérdida del ser como es "sufrida" por quien muere. Nosotros no experimentamos nunca verdaderamente el morir de los Otros; en realidad no hacemos sino estar "ceranos" a ellos" (*Ibid*., p. 363)

- ⁴¹ Elias N. *La solitudine del morente*. (trad. it. por Keller M.), Bologna: Il Mulino; 1985: 81.
- ⁴² De Hennezel. *La dolce morte...*, p. 137.
- ⁴³ De Hennezel, *La dolce morte...*, p. 137
- ⁴⁴ Cfr. Privitera S. (coord.) *Vivere "bene" nonostante tutto. Le cure palliative in Europa e in Italia* Acireale (CT): Istituto Siciliano di Bioetica; 1990.
- ⁴⁵ Cfr. el primer número de "I Quaderni di Scienza & Vita" (2006), dedicado a *Né accanimento né eutanasia*.
- ⁴⁶ Cfr. el texto ya clásico de Beauchamp, Childress. *Principi...*, Un acercamiento siempre de tipo principalista, aún siendo radicalmente diverso, por estar fundado en una antropología filosófica que da cuenta de una jerarquía de los principios, teniendo en primer lugar el principio de la defensa de la vida física, se encuentra en Sgreccia E. *Manuale di bioética. Vol. I. Fondamenti ed etica biomedica*. Milán: Vita e Pensiero; 20074
- ⁴⁷ La idea de la interacción de los paradigmas principales de la bioética, representados por las diversas preguntas ha sido tomada de Reich WT. *Bioethics Research and the Search for Meaning* en Sgreccia E, Mele V, Miranda G (coord.). *Le Radici della Bioetica*. Milán: Vita e Pensiero; 1998, pp. 313-314.
- ⁴⁸ Cfr. Nuland S. *Davanti alla morte*. (trad. it.) por Liberatore S.), Roma-Bari: Laterza; 2002: 20.
- ⁴⁹ *Ibid.*
- ⁵⁰ Ver el avance realizado con la *Legge 8 febbraio 2001*, n. 12, *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore*. Como un comentario a la Ley cfr. Panarello F. *Terapia del dolore e questione eutanasia* in Gensabella Furnari. *Alle frontiere della vita...*, pp. 81-101.
- ⁵¹ Cfr. Cattorini P. *Malattia ed alleanza*. Florencia: Angelo Pontecorboli; 1994: 54.
- ⁵² "Filtrado por le técnica", el dolor es "hoy comprendido como algo que puede y debe ser dominado y es afrontado como dominable (Natoli S. *L'esperienza del dolore*. Milán: Feltrinelli; 1992: 267).
- ⁵³ Cfr. Cattorini P. *Malattia ed alleanza*. Florencia: Angelo Pontecorboli; 1994: 54.
- ⁵⁴ Natoli. *L'esperienza del dolore...*, p. 269.
- ⁵⁵ Cfr. Tiengo M. *Dolore ed etica dell'eutanasia* en Gensabella furnari, *Alle frontiere della vita...*, pp. 112-121.
- ⁵⁶ Martini CM. *La speranza oltre la morte* en Pinella M, Cassanmagnago G, Cecconi M (co-ord.). *La morte oggi*. Milán: Feltrinelli; 1985: 51.
- ⁵⁷ Reich WT. *Abattere le mura che isolano i morenti: per un'etica del prendersi cura* en Gensabella Furnari. *Alle frontiere della vita...*, p. 39.
- ⁵⁸ *Ibid.*, p. 36 ss.
- ⁵⁹ Cfr. De Hennezel. *La dolce morte...*, p. 25.
- ⁶⁰ Sobre la ambigüedad de esta expresión cfr. Reich. *Abattere le mura...*, p. 37.
- ⁶¹ Cfr. Lacan. *Scritti...*, vol. 2º, p. 817.
- ⁶² Cfr. De Hennezel. *La morte amica...*, p. 107.
- ⁶³ Para el ofrecimiento de reconocimiento cfr. Vigna C. *Etica del Desiderio umano* en Id (co-ord.). *Introduzione all'etica*. Milán: Vita e Pensiero; 2001, en particular, pp. 140-143.
- ⁶⁴ Para los varios estadios que el enfermo terminal atraviesa cfr. Kübler Ross E. *La morte e il morire*. (trad. it. por Zoppola C.), Asís: Cittadella; 1992.
- ⁶⁵ Cfr. Engelhart. *Manuale di Bioetica...*, pp. 322-326.
- ⁶⁶ Cfr. De Hennezel. *La dolce morte...*, p. 61.
- ⁶⁷ El derecho a la verdad asume según Jonas al final de la vida el aspecto del "derecho contemplativo, ínsito en la dignidad humana, a la propia muerte, algo (...) que no implica el

ámbito del hacer, sino aquel del ser”: “un derecho sagrado en sí”, que llama a la mente “algo del espíritu del sacramento católico de la extrema unción (Jonas. *Il diritto di morire*, pp. 26-27).

⁶⁸ Derecho a la verdad y derecho a la esperanza pueden coexistir si, como observa E. Kübler Ross, no se hacen pronósticos, por lo demás frecuentemente contradictorios de una realidad siempre diversa, sobre “el tiempo que queda”, si no se establecen caducidades que asemejen sentencias de muerte, y sobre todo si se da la esperanza de que se hará de todo hasta el fin, que el enfermo no será nunca abandonado (Kübler Ross. *La morte...*, pp. 39-49).

⁶⁹ Es aquello que Kant ve claramente cuando habla del respeto y del amor como de las dos grandes fuerzas de la vida moral: “Gracias al principio del amor recíproco los hombres están destinados a acercarse el uno al otro continuamente, y gracias al respeto, que ellos se deben recíprocamente, a guardarse una cierta distancia el uno del otro; y si acaso una de estas dos grandes fuerzas llegase a faltar, entonces “la nada (de la inmortalidad) engulliría en sus fauces el completo reino de los seres (morales), como una gota de agua”, si me es lícito usar aquí las palabras de Haller adaptadas a mi caso” (Kant I. *La metafísica dei costumi*. (trad. it. por Vidari G.), Roma-Bari; Laterza: 1970: 316).

⁷⁰ En la sentencia del tribunal de Roma del 15-16 de diciembre de 2006 sobre el caso Welby, el juez, aún reconociendo el derecho del paciente a la autodeterminación y por tanto a la suspensión de los cuidados como “subsistente”, concluye en la imposibilidad que tal derecho sea “concretamente tutelado” al interior del ordenamiento italiano: “el núcleo central es que, dado que el ordenamiento jurídico es considerado en su integridad, aparece no discutible que no prevea ninguna disciplina específica sobre el ordenamiento de la relación médico-paciente y sobre la conducta del médico según los fines de la actuación práctica del principio de autodeterminación para la fase final de la vida humana, de modo que la petición se refiera al rechazo o la interrupción de tratamientos médicos de mantenimiento en vida del paciente; incluso, el principio inspirador es aquel de la indisponibilidad de la vida: v. art. 5 del *Código civil*, que prohíbe los actos de disposición del propio cuerpo capaces de determinar un daño permanente y, sobre todo, los artt. 575, 576, 577, I coma n. 3, 579 y 580 del *Código penal* que castigan, en particular, el homicidio de quien lo consciente y la ayuda al suicidio. Respecto al bien de la vida existe, por su parte, una precisa obligación de garantía del médico de cuidar y mantener en vida al paciente” (la sentencia está disponible on-line (acceso del 01.12.2007, en <http://www.eius.it/giurisprudenza/2006/150.asp>).

Neurociencias y personas. ¿Nueva perspectiva o amenaza?

Las neurociencias cognitivas

Andrea Lavazza*

Resumen

Gracias a los rápidos progresos de las neurociencias cognitivas, algunos investigadores, sobre todo de áreas anglosajonas, comienzan a utilizar criterios basados sobre la neurobiología para redimensionar o disolver el concepto de persona –fundamentalmente en ámbito bioético– en cuanto definido ilusorio. En particular, se sostiene que exista un network cerebral innato, que comprende cuatro áreas específicas del encéfalo, que produciría en modo automático la percepción de una categoría especial de cosas, definidas personas. Tal hipótesis se basa sobre una creciente cantidad de datos experimentales, tomados de modo individual y corroborados en las pruebas acumuladas. Frente a la dificultad de definir con precisión a la “persona” en los casos bioéticamente más difíciles y controvertidos, se sugiere por tanto que la idea misma sea abandonada en cuanto fruto de un mecanismo evolutivo-adaptativo actualmente inadecuado frente a los dilemas creados por la medicina contemporánea. Se realiza así una naturalización total del concepto para luego sugerir el regreso a una perspectiva utilitarista respecto a los casos bioéticos en los cuales falte un acuerdo común. Después de haber presentado en detalle la propuesta presenta-

* Periodista y divulgador científico (E-mail: a.lavazza@avvenire.it)

da por M.J. Farah y A.S. Heberlein, en el presente artículo se ofrecen algunos argumentos para refutar el monismo metodológico en el cual tal propuesta se basa, en particular subrayando la dimensión histórica del concepto de persona, surgido gradualmente y no en modo homogéneo, en contraste con la perspectiva neurobiológica innatista. Se pone en evidencia, por tanto el necesario pluralismo epistemológico que acompaña la definición de persona. No es posible excluir a priori la dimensión filosófica, que es siempre fundamental, mientras los descubrimientos de las neurociencias se proponen como elementos empíricos complementarios, actualmente no prescindibles por su creciente relevancia.

Summary

Neurosciences and personhood. New perspective or threat?

Thanks to the rapid progress of cognitive neuroscience, several researchers –mostly from Anglo-Saxon countries– have begun to use neurobiological criteria in order to reappraise or discredit the concept of personhood, which is fundamental in bioethics, by defining it as illusory. In particular, they maintain that there is an innate cerebral network, comprising four specific areas of the brain, which automatically produces the perception of a particular category of objects that are then defined as persons. This hypothesis is based on an increasing body of experimental data, which are individually well supported by the existing evidence. Due to the difficulties associated with defining personhood in the most controversial bioethics cases, they suggest that the concept itself should be abandoned as the outcome of an evolutionary and adaptive mechanism that has inadequate in light of the dilemmas created by contemporary medicine. The concept is thus fully naturalized, leading to calls for returning to a utilitarian perspective with regards to bioethics cases about which a consensus agreement cannot be reached.

After discussing in detail the proposal put forward by M.J. Farah y A.S. Heberlein, the article presents arguments to refute the methodological monism upon which this proposal rests, by highlighting the historical dimension of the concept of personhood, which emerged gradually and in an uneven manner, in contradiction with the innatist neurobiological perspective. The article then highlights the necessary epistemological pluralism that must accompany the definition of personhood. The philosophical dimension cannot be excluded a priori, and indeed remains fundamental, while contributions from neuroscience are complementary empirical elements, whose increasing relevance makes them impossible to ignore.

Palabras clave: neurociencias, persona, naturalización, innatismo.
Key words: neurosciences, person, naturalization, nativism.

La investigación neurobiológica está realizando progresos rapidísimos: desvela la arquitectura y el funcionamiento de nuestro sistema nervioso; promete proveer curaciones más eficaces a disturbios o patologías hasta ahora consideradas intratables; lleva el análisis y la explicación de procesos y capacidades psicológicas a nivel de los mecanismos moleculares electroquímicos. Las neurociencias cognitivas, en particular, han comenzado a estudiar con sus propios instrumentos una serie de ámbitos ligados a las así llamadas funciones superiores humanas, que van de la memoria a la atención, de los sentimientos al conocimiento, del cálculo riesgos-beneficios al razonamiento moral.¹ Esto tiene tanto implicaciones conceptuales como consecuencias concretas en la vida individual y social. Esta últimas van de la modificación de las capacidades nemónicas por medios químicos hasta la puesta en discusión de la responsabilidad y de la condenabilidad en el proceso penal, estando firme la presunta constatación de que en muchos casos el sujeto no tiene posibilidad de controlar las respuestas y los impulsos automáticos de su propio cerebro.² Las implicaciones

conceptuales descienden directamente de los instrumentos de investigación *en vivo* del sistema nervioso, que han permitido individualizar las aparentes correlaciones físicas de las funciones y de los comportamientos desde siempre estudiados por la psicología.

El estatuto de la psicología en el ámbito del sistema científico ha sufrido constantemente una ambigüedad debida a sus presupuestos, frecuentemente no explicitados, que a la larga han incluido un dualismo entre la mente, su objeto científico, y el cerebro, substrato material de la mente misma. Las neurociencias, fortalecidas por su afianzamiento en el método empírico-experimental, tienden a disolver el elusivo concepto de mente a favor de mecanismos y procesos materiales identificables con las avanzadas técnicas hoy disponibles. En particular, se hace aquí referencia al electroencefalograma (Eeg, que registra la actividad eléctrica cerebral), a la resonancia magnética funcional (fMri) y a la tomografía por emisión de positrones (Pet), que individualizan las áreas más irrigadas de sangre oxigenada y por tanto las zonas del cerebro presumiblemente activas durante la ejecución de una tarea en particular.³

Además, aumentan las evidencias que muestran cómo lesiones cerebrales específicas modifiquen o inhiban otras así mismo específicas funciones o capacidades (por ejemplo, un daño a la corteza prefrontal puede dejar intacta la inteligencia medida con el test de Q.I. pero inducir un comportamiento antisocial o disfuncional respecto al contexto en el cual se vive). La estimulación de zonas cerebrales a través de electrodos internos puede evocar recuerdos o emociones, mientras la aplicación cuidadosa de campos magnéticos externos es capaz de interferir en particulares habilidades del sujeto, como la del dibujo. Se puede así llegar a sostener que nuestra entera vida mental coincida con la complejidad de las conexiones sinápticas presentes en el cerebro, es decir, con la red siempre cambiante de casi 100 mil millones de neuronas que componen el sistema nervioso, a lo largo de la cual corren señales electroquímicas correspondientes a todo aquello que experimentamos.⁴ En las neuronas y en las sinápsis estarían por tanto escritos los gustos literarios así como los sentimientos hacia el cónyuge, el recuerdo de un episodio particular de nuestra existencia así como los proyectos y las intenciones, el conocimiento de una lengua extranjera así como los tics y las pequeñas manías.

La principal conclusión a nivel teórico es por tanto la adopción de un naturalismo filosófico que tiene bases estrictamente empírico-experimentales, o bien “se puede legítimamente asumir que exista, al menos en línea de principio, una explicación naturalista de todo nuestro comportamiento y de todos nuestros pensamientos”, sin deber introducir “la hipótesis adicional de la existencia de una mente inmateral (cualquiera que sea: sustancia o propiedad), que no explica nada además de aquello que podemos explicar dentro de un marco naturalista”.⁵

En esta sede queremos concentrarnos sobre la recientísima extensión de los resultados empíricos y de los instrumentos conceptuales de las neurociencias a la idea de persona. No queremos subrayar la relevancia de la “persona” (*personhood* en inglés) en los sistemas éticos. Es precisamente esta premisa, la idea de persona como elemento fundamental del razonamiento moral, que induce también perspectivas natural-materialistas a buscar criterios para su definición e identificación. Son de hecho las personas, y no las cosas, a ser normalmente consideradas responsables de sus propias acciones y por tanto merecedoras de confianza o de reprobación. Aún más decisiva es la idea de persona en las discusiones bioéticas, en las cuales los derechos son *derechos de las personas*⁶. También el concepto de dignidad (si bien vago y necesitado a su vez de definición) está ligado a la persona y los mismos cuatro principios de la bioética (autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia) se refieren principalmente a la persona.⁷

El hecho, bien conocido, es que muchos de los temas más controvertidos en bioética nacen de casos que implican entidades consideradas por algunos como personas y por otros como no personas: aborto, tratamiento de los embriones, definición de muerte, tratamiento de los pacientes en estado vegetativo.

La perspectiva naturalista, cuando no sea además anti-personalista, tiende a rechazar la concepción sustancialista de la persona a favor de una concepción axiológica: “El ser persona se vuelve una cualidad moral elevada, denotada por la conciencia moral del yo, de la autonomía autolegisladora de la razón práctica pura, de la relación con la ley moral”.⁸ Sino también tal acercamiento, que se debe a Kant, para el empirismo contemporáneo resulta vago e impreciso, todavía demasia-

do embebido de racionalismo abstracto. Eh aquí entonces el intento de las neurociencias cognitivas de llegar a una conclusión en modo “experimental” de la idea de persona.

La neurofilosofía de Patricia Churchland

Patricia S. Churchland ha propuesto un nuevo paradigma para conceptualizar al ser humano.⁹ Su argumentación parte de la premisa según la cual, cuando se hayan comprendido mejor los detalles de los sistemas reguladores de nuestro cerebro y el modo en el cual las decisiones emergen de las redes neuronales, resultará siempre más evidente que los estándares morales, las prácticas y los comportamientos hasta las decisiones públicas dependen de la neurobiología.¹⁰ Profundizando los conocimientos del desarrollo neuronal, de la evolución de los sistemas nerviosos y del modo en el cual sucede la regulación genética, se ha vuelto muy claro cómo la neurobiología esté profundamente impregnada de nuestra historia filogenética. Y nuestra naturaleza moral posee la actual configuración porque los cerebros son aquello que son; esto vale también para las capacidades de aprender, de razonar, de inventar y de hacer ciencia. El cerebro es una máquina causal, pasa de un estado a otro sobre la base de las condiciones de activación precedentes. Decisiones y valoraciones de opciones son procesos que suceden en el sistema nervioso y producen decisiones comportamentales. Ellas son el fruto de una amplia gama de condiciones antecedentes, algunas constituidas por estímulos externos, otras de cambios internos (como variaciones en los niveles hormonales, de la glucosa, de la temperatura corpórea...).

Es el cerebro el que piensa, elige, siente, recuerda, planifica. Una resonancia magnética funcional que muestre un bajo nivel de actividad en la corteza orbito-frontal es un válido indicador de la condición de depresión. Si una persona tiene una particular expresión del gen que codifica la encima monoamino oxidasa A y es maltratado en tierna edad, se puede prever con buena aproximación que esté destinada a manifestar un comportamiento irracional violento y auto-destructivo.¹¹ Y la reincidencia criminal puede ser parcialmente prevista por un particular análisis de los datos del electroencefalograma.

Según P.S. Churchland, es por tanto lícito y practicable preguntarse cuándo estamos “bajo control” y cuándo por el contrario estamos “fuera de control”.¹² La primera condición es definible, del punto de vista del comportamiento observable, en los términos de la capacidad de inhibir impulsos inapropiados, mantener los objetivos, balancear finalidades/valores de corto o largo plazo, considerar y valorar las consecuencias de las acciones programadas, no dejarse desviar por las emociones. El encontrarse “fuera de control” consiste por el contrario en un déficit, que puede asumir diversas gradaciones, en el ejercicio de tales capacidades. El presupuesto es que no se da una voluntad del yo autónoma de la situación cerebral, una voluntad que sea capaz de regir las decisiones conscientes; más bien la posibilidad de estar “bajo control” descende de un conjunto de condiciones físico-químicas, cuya presencia o ausencia está más allá de nuestro control explícito, en la medida en la cual el “control explícito” es considerado un nivel diferente y superior respecto de los mecanismos fisiológicos fundamentales, algo junto al yo o a la conciencia inmaterial de tipo dualista.

Las pruebas neurobiológicas parecen sugerir que existen regiones cerebrales particularmente importantes para el “control”, o bien los sistemas de proyección de neurotransmisores no específicos, cada uno con sede en un grupo de núcleos del tronco encefálico. Los seis sistemas son identificados en base al neurotransmisor (sustancia química) que liberan las terminales del axón de las células cerebrales: se trata de aquellos ligados a la serotonina, a la dopamina, a la norepinefrina, a la epinefrina, a la histamina y a la acetilcolina, todos capaces de un efecto general en el modular la actividad de las neuronas. Anormalidades en estos sistemas tienen como consecuencia oscilaciones del humor, esquizofrenia, disturbios obsesivo-compulsivos, desordenes afectivos y disfunciones de las relaciones sociales.

Resulta por tanto una tarea accesible a la investigación empírica la identificación de algunos parámetros del perfil medio del ser “bajo control”, los cuales comprenden peculiares modelos de conexión entre determinadas áreas cerebrales, los niveles hormonales y otros aspectos estructurales y funcionales. Ulteriores parámetros deberían especificar, para cada uno de los seis sistemas citados, la distribución normal de los terminales del axón y el esquema de difusión del neu-

rotransmisor, de su absorción y la co-localización con otros neurotransmisores como el glutamato. Los niveles de las diversas hormonas constituirían posteriormente un sucesivo conjunto de parámetros. Se define en fin el “tipo” de persona “adulta”, respecto a individuos todavía en fase de desarrollo (siendo superada por la neurociencia la distinción menor-mayor de edad), en base a la densidad sináptica y a la mielinización de los axones.

Emerge de esto un modelo neurobiológico del control, que puede fungir como guía para la responsabilidad individual y jurídica: somos “nosotros”, de algún modo, cuando “resultan adecuadamente activas” aquellas específicas áreas de nuestro sistema nervioso central (en asociación con otras funciones vitales corpóreas mínimas que inevitablemente influyen en ellas: el cerebro se resiente por privaciones de alimento y sueño, de graves situaciones de estrés psico-físico, de dolor agudo...). De modo diverso, estamos “fuera de control” en sentido literal, como un auto sin frenos, puesto en una calle descendente, no puede sino moverse atraído por la fuerza gravitacional.

Son evidentes, por otra parte, las posibles consecuencias sobre la misma línea general de “persona”, que podría llegar a depender de valores cuantitativos derivados de la fisiología. Las reflexiones de Patricia S. Churchland son ejemplificativas de un acercamiento que está conquistando cada vez más consensos. Y que ha encontrado intérpretes decididos a llevarlo a sus, coherentes, conclusiones.

Martha Farah y Andrea Heberlein han publicado en el *American Journal of Bioethics* un relevante y debatido artículo en el cual examinan a fondo el concepto de persona a la luz de la neurociencias contemporáneas.¹³ Se dará aquí una amplia síntesis de su argumentación, a la cual seguirá una discusión crítica.

Según las autoras, en la vida cotidiana no tenemos problemas en el decidir a cuáles entidades referirnos como personas: los seres humanos en general son candidatos idóneos, mientras normalmente las cosas no lo son. Sin embargo, un breve repaso de las principales teorías, desde Boecio a Locke hasta Kant, las lleva a considerar que el concepto de persona sobre el plano metafísico se muestra elusivo y que se pueda, por tanto, pensar en trasladar los esfuerzos de definición al plano empírico. Quizá existe en el mundo un “genero natural” que corresponde a las personas. Recorriendo los datos adecuados, es en-

tonces posible descubrir las propiedades necesarias y suficientes de tal género natural. Más específicamente, este acercamiento buscaría criterios objetivos y claramente biológicos que correspondan a aquello que dice la intuición de la mayor parte de los individuos acerca de la idea de persona. Y tales criterios podrían tomar el lugar de las intuiciones en los casos en los cuales ellas no lleguen a conducir a un acuerdo compartido.

El objetivo de Farah y Heberlein es aquel de construir una taxonomía científica en el lugar de aquella ingenua. Se instituye por tanto una analogía con el concepto de vegetal. Todos piensan saber qué cosa sea una planta: cosas verdes, que no se mueven, que no matan para procurarse alimento. Definición que en la mayor parte de los casos funciona. Pero hay excepciones: algunos vegetales no son verdes, otros se mueven y otros incluso capturan insectos y luego los comen. La biología ha revelado una diferencia fundamental entre plantas y animales: sólo las primeras manifiestan invariablemente actividad de fotosíntesis. Quizá también las neurociencias podrán darnos un criterio análogo para las personas.

Parece que las características identificadas como decisivas para la persona residan en el cerebro. Si los rasgos psicológicos asociados a la idea de persona son en buena medida funciones de la corteza cerebral, entonces naturalizar el concepto de persona requerirá comprender las bases corticales de tales rasgos, una empresa que las neurociencias cognitivas están emprendiendo. Los conceptos generales de racionalidad e inteligencia han estado desde hace tiempo asociados a la corteza prefrontal, y más recientemente estas capacidades psicológicas han sido ulteriormente subdivididas en componentes elementales como la memoria de trabajo, el control inhibitorio, las capacidades de monitoreo del sí, todas localizadas en subregiones más específicas de la misma corteza prefrontal.¹⁴ Se han hecho también progresos en la comprensión de la capacidad de recordar, de comunicarse con el leguaje y de pensar en el futuro.

Las autoras consideran que el acercamiento empírico basado sobre las neurociencias logrará traducir los criterios psicológicos en criterios neurológicos, con los cuales definir la persona. Pero se pondrá sobre el mismo plano de eficacia y no a nivel superior. Si de hecho un ser humano con un cerebro en condiciones normales puede ser defini-

do persona –se sostiene en el artículo, refiriéndose implícitamente al cuadro trazado por Churchland– y un ser humano completamente privado de corteza puede ser definido no persona, ¿cuáles son los sistemas corticales que deben estar presentes y en cuáles combinaciones deben estar entre sí para que se hable de persona? ¿Y cuánta funcionalidad es requerida a cada uno de ellos? (Un ciego es una persona privada de algunas neuronas, pero si a un ser humano se le quita una neurona a la vez, no hay un momento crítico identificable en el cual – en virtud del número de neuronas presentes– se pasa de persona a no persona).

De frente a esta dificultad empírico-conceptual, la verdadera contribución de las neurociencias a la comprensión de la persona parece entonces provenir no de la definición de persona sino del explicar por qué tenemos la intuición de que existan personas. Quizá tal intuición no nace de la experiencia concreta en el mundo con personas y no personas, y por tanto no refleja la naturaleza de la realidad externa a nosotros; podría más bien mostrarse innata y estructurar desde el inicio nuestra experiencia del mundo. Por tanto, en lugar de naturalizar el concepto de persona identificando sus características esenciales en el mundo natural, las neurociencias podrían mostrarnos que la persona es una ilusión, construida por nuestros cerebros y proyectada sobre el mundo.

Aquella, propuesta por Farah y Heberlein, es una operación de naturalización epistemológica, por la cual las similitudes entre nuestras concepciones del mundo provienen de las características que compartimos de nuestros cerebros. Si el cerebro se ha desarrollado bajo la presión evolutiva del ambiente, es razonable pensar que perciba y reproduzca con una cierta fidelidad la realidad externa. Pero una adquisición reciente de las neurociencias cognitivas se refiere al hecho de que existen sistemas cerebrales que parecen especializados para representar la información sobre aquellas que llamamos personas. Y esto tiene consecuencias sobre nuestro modo de pensar sobre ellas.

Existirían por tanto pruebas de que nuestros cerebros están cableados para representar a las personas: un ejemplo citado por las autoras es aquel de los estudios sobre la proyección visual de pacientes afectados por una lesión cerebral. La prosopagnosia es una perturbación que impide solamente el reconocimiento visual de los rostros huma-

nos, mientras deja intacto el reconocimiento de otros objetos complejos. Los individuos afectados por tal déficit, localizado en la circunvolución fusiforme, son capaces de reconocer a las personas conocidas gracias a indicios no visuales, como la voz. Esto demostraría que existe un sistema distinto para el reconocimiento de los rostros, como ha sido evidenciado también por el hecho de que se han encontrado lesiones focales las cuales interfieren solamente con el reconocimiento de los objetos.

También el pensar en aspectos y estados de sus semejantes o a interacciones con ellos implica áreas cerebrales específicas, en particular la corteza prefrontal medial. La diferencia se evidencia analizando la activación del cerebro en sujetos que escuchan dos tipos de historias, una que implica el asemejarse con los estados mentales de otros y una que se refiere simplemente a la causa física. Parece, por tanto, que sean bien distintos los esquemas de actividad cerebral asociados a juicios sobre seres humanos y sobre objetos inanimados.

Una notable masa de pruebas experimentales –escriben Farah y Heberlein– motiva la conclusión según la cual el cerebro humano representa el aparecer, las acciones, y los pensamientos de los individuos de un distinto subconjunto de áreas, diverso de aquel utilizado para representar el aparecer, los movimientos y las propiedades de otras entidades. Estas regiones forman juntas una red definida “cerebro social” o “red para la representación de las personas”. Tal red se ha constatado, es automática e innata. Con automaticidad se entiende la tendencia de la red para la representación de las personas a ser activada por las características de ciertos estímulos aún cuando somos conscientes de que el estímulo no es una persona. Con innatismo se entiende la naturaleza genéticamente preprogramada del sistema, sin la necesidad de aprender que en el mundo existen las personas. El desarrollo y el funcionamiento autónomo de la persona tendrían implicaciones importantes en el modo en el que pensamos a las personas.

Una prueba se obtiene del hecho que los prosopagnosicos mejoran sus propias prestaciones cuando se les muestran rostros invertidos, cosa que no logran hacer por sí solos, porque están “afianzados” en los rostros en modo automático. Se descubre luego que objetos que tiene solamente una vaga semejanza con un rostro activan el reconocimiento facial. Es notable el experimento en el que se tiene una pro-

yección en la cual aparecen triángulos y círculos en movimiento, es interpretada por los sujetos experimentales en términos de intenciones: “El triángulo quiere *seguir* al círculo...”. Sólo individuos con daños bilaterales a la amígdala han descrito las imágenes en términos puramente físicos. Pero si se analizan los voluntarios con los instrumentos descritos precedentemente, se nota que en tales casos se activan de cualquier modo, se quiera o no, el área fusiforme de los rostros, la amígdala, la unión temporo-parietal y la corteza prefrontal medial. Los datos empíricos indican que la red de la persona funciona en modo ampliamente automático, independientemente de nuestras creencias conscientes y racionales sobre la naturaleza de rostros sonrientes dibujados o de figuras geométricas animadas. Y eso sucedería gracias a un desarrollo autónomo que, o sea, no tiene necesidad de la experiencia para manifestar su especialización hacia las personas. Se tiene evidencia de ello también en test conducidos sobre neonatos, capaces inmediatamente de discriminar los estímulos visuales, dirigiéndose en modo preferencial en dirección de figuras u objetos similares a rostros humanos respecto a otras figuras u objetos de igual complejidad. En la literatura, se da el caso de un joven que en los primeros días de su vida sufrió un daño cortical del área visual, comprendida el área fusiforme de los rostros, y que no desarrolló nunca la capacidad de reconocer los rostros, aunque tuviese una cierta capacidad de reconocer los objetos. La falta de plasticidad (las otras áreas no han sustituido la función ausente) demostraría que la categoría de los rostros humanos, así como su representación por parte de específicos tejidos cerebrales, es determinada en el nacimiento.

Por tanto, según las autoras, se puede decir que venimos al mundo genéticamente programados para representar a las personas en cuanto distintas de las otras entidades del mundo externo. El sistema es autónomo, dado que es activado por ciertos estímulos (que sabemos no son personas gracias a la actividad de otras partes del nuestro cerebro; dibujos, formas geométricas, incluso irrelevantes o contraintuitivas) y difícilmente puede ser silenciado.

En conclusión, Farah y Heberlein sostienen que los criterios distintivos del concepto de persona no sean correctamente identificables respecto, por ejemplo, a la categoría “vegetales”, la cual posee un tipo de realidad objetiva que la persona no tendría. El cerebro nace equi-

pado para tratar en modo especial un cierto tipo de estímulos: aquellos con ciertas características activantes, como los rostros humanos; los cuerpos y los esquemas de movimiento. Los percibimos y razonamos en torno a ellos usando un sistema cerebral especializado y lo hacemos en modo innato, automático e insuprimible. Nuestra impresión que en el mundo existan dos categorías radicalmente distintas de cosas –personas y no personas– podría ser el resultado de la periódica activación de la red de reconocimiento de la persona por parte de algunos estímulos, en vez de reflejar alguna distinción fundamental entre estímulos que lo activan y estímulos que no lo hacen. Las representaciones mentales –escriben las autoras– pueden existir y ser activadas por los estímulos en modo sistemático sin captar categorías fundamentales del mundo natural. Obviamente, anotan, algunas “cosas” tienen mente (si bien no se especifica con precisión qué cosa se entienda por mente, en vista de las premisas naturalistas) y otras no.

Farah y Heberlein subrayan dos aspectos relevantes del *network* de las personas. El primero es dado por su separación de los sistemas dirigidos al reconocimiento de las otras entidades. Esto provocaría la ilusión que personas y no personas sean dos diferentes géneros de cosas, no obstante nuestra capacidad de establecer en línea de principio una distinción entre ellos. En otras palabras, se tiene la intuición que –si bien seres humanos, animales y computadoras puedan tener grados variables de inteligencia, capacidad de comunicarse y autoconsciencia, y si bien nosotros no tenemos capacidad de trazar un límite en el continuum individuo sano-individuo en coma, máquina estúpida-máquina inteligente– tenemos la impresión de que algunas entidades sean personas y otras no.

El segundo aspecto significativo descende de la autonomía del “sistema persona”, con su tendencia a ser activado por ciertos estímulos (rostros, comportamientos aparentes). Por esto –se afirma– es difícil abandonar la idea de persona frente a un enfermo en estado vegetativo o a un feto. Si tuviésemos un sistema cerebral separado para las plantas –es la paradoja proyectada– tendríamos el impulso de oler las flores en la camisa hawaiana de nuestros amigos o a regar los tapetes verdes. Hemos evolucionado así –sostienen Farah y Heberlein–, porque era fundamental interactuar con nuestros semejantes, reconociéndolos siempre y de algún modo. Es más adaptativo y funcional para la

supervivencia identificar un artefacto como ser humano que no intercambiar por un objeto a un semejante nuestro. Además, se trataría de una adaptación surgida en un mundo físico en el cual los casos inciertos o ambiguos serían reducidos al mínimo: no existirían ecografías de fetos, no se vivía bastante como para tener ancianos enfermos de Alzheimer y los traumas que provocan los estados vegetativos eran inmediatamente mortales.

En definitiva, el concepto de persona resultaría una especie de ilusión, similar a aquellas visuales: el resultado de mecanismos cerebrales que representan el mundo en modo no verídico bajo ciertas circunstancias.

Las mismas autoras reconocen que su análisis es nihilista, en cuanto debilita las bases de muchos sistemas éticos. Si la persona no forma parte del conjunto del mundo, entonces no existe un elemento de hecho que resguarde el status de un determinado ser en cuanto persona y no hay posibilidad de obtener criterios objetivos para el concepto mismo de persona. De aquí brota la sugerencia de replegarse a un acercamiento utilitarista (para nada resolutivo de los conflictos que se querían afrontar), el cual considera la capacidad de los seres vivientes de manifestar algunas características psicológicas (inteligencia, autoconsciencia...) y procura tutelar los intereses de aquellos mismos seres. Queda la constatación que como individuos inmersos en nuestras vidas de relación, poco nos importa que aquella de *persona* sea una ilusión. No podemos de hecho reprogramarnos biológicamente (al menos por ahora...). Además, no se puede negar que el concepto de persona, por cuanto inadecuado y adaptado a un mundo bastante diverso de nuestro pasado evolutivo, nos sirva aún en muchas decisiones prácticas (del cuidado de los bebés al respeto de los demás...)

Una discusión crítica

Una primera objeción radical a tal análisis puede referirse a la alternativa clásica entre la posición actualista y la posición ontológica acerca de la persona. La posición ontológica considera, más que las capacidades poseídas de modo contingente o desarrolladas por la persona, su realidad ontológica, es decir el quién es, independientemente

de aquello que posee. En campo estrictamente bioético, considera que exista una persona humana desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Por el contrario, la posición actualista mira a las características actualmente poseídas y desarrolladas, como la autoconsciencia, la capacidad de sentir dolor, la racionalidad, la responsabilidad... En esta perspectiva, la posición de Farah y Haberlein sería rechazada con los argumentos aportados a favor del ontologismo referido a la persona. En realidad, la aplicación de las neurociencias al concepto de persona nace precisamente de la sostenida inadecuación de los criterios disponibles, comprendidos aquellos que descienden de la posición actualista, con la consecuente posibilidad de que no exista una real categoría de género de cosas correspondiente a la idea de persona, de algún modo definida. La conclusión provisional es que la fuerte y persistente intuición de que existan *personas* parece debida a mecanismos innatos, fruto de la evolución natural (y causal), resultados útiles en una larga fase de la historia humana pero que ahora constituyen una fuente de confusión. “Es confusa la misma intuición de que exista una categoría de cosas en el mundo correspondiente a las personas”, afirman Farah y Heberlein.¹⁵

La segunda respuesta, que se mueve siempre al interior de la concepción sustancialista de la persona, rechaza simplemente la verificación empírica como criterio último: “Las ciencias biológicas no saben de la persona: con la reflexión sobre ella se coloca fuera de la biología, se accede a la esfera del saber filosófico”.¹⁶ Según tal acercamiento, la filosofía indaga el ser en las dimensiones del orden y del valor y, aún no ignorando la búsqueda de los indicios que puedan indicar la presencia de la persona, “no considera que el ser-persona o el llegar a serlo sean aceptables sólo funcionalmente o empíricamente (y esto en particular en los estados-límite), sino que sean argumentables racionalmente dentro de una concepción del ser y de sus diversos grados”.¹⁷ También la reflexión ontológica no puede prescindir totalmente de los datos objetivos (y verificables) del conocimiento científico, sino “si los datos de la biología se mantendrán constantemente presentes, la argumentación no podrá sino resultar deducida y no biológica, porque el ser-persona es una condición ontológica radical no

siempre evidente, para la afirmación de la cual el análisis biológico provee sólo algunos elementos”.¹⁸

Tal línea argumentativa se apoya, como es evidente, sobre un presupuesto metafísico que es rechazado por los análisis basados en la observación empírico-experimental, y no es esta la sede para una discusión general del naturalismo filosófico. Más útil aquí es considerar la tesis que descende de la aplicación teórica de las neurociencias y mostrar sus eventuales puntos débiles sobre su mismo plano de investigación. Se trata de hecho de un tipo de consideraciones que encontrarán cada vez más espacio en la reflexión sobre la idea de persona. Puesto que ellas parten del presupuesto que se deba mover sobre el plano empírico, rechazando en primera instancia la argumentación que mana de la ontología o como quiera estrictamente filosófica, parece importante tener instrumentos para la confrontación y la eventual refutación.

Un primer nivel, según esta perspectiva, es aquel suscitado por otros neurocientíficos, convencidos de que no existan todavía suficientes observaciones factuales para poder hablar de un “*network* cerebral de la persona”. En particular, resultan más débiles las pruebas a favor de la participación de tres de las cuatro áreas implicadas: la corteza medial prefrontal, la unión temporo-parietal y la amígdala. Para la circunvolución fusiforme está bien confirmada la activación en las tareas de reconocimiento de los rostros, para el cual es incluso decisivo, como surge de los déficit encontrados en los pacientes afectados por lesiones focales en aquella área.¹⁹ Se trata por tanto de corroborar una hipótesis que, precisamente porque se ve reforzada por los resultados experimentales, debe basarse exclusivamente en ellas. Al día de hoy parece suficientemente corroborado que esté activa una especialización funcional en el reconocimiento de los rostros y del movimiento, y no obstante que la estructura modular sea totalmente autónoma y automática, condición para que la explicación propuesta del surgir del concepto de persona sea más que corroborada.

Sobre un plano metodológico más amplio se colocan las críticas a las interpretaciones teóricas de los resultados empíricos de las neurociencias cognitivas, según Bennett y Hacker, de graves errores conceptuales, debidos a la confusión de planos entre investigación experimental orientada a distinguir lo verdadero de lo falso e indagación

filosófica acerca de las formas de representaciones y la distinción entre aquello que tiene sentido y aquello que no lo tiene.²⁰ Pero incluso en este caso se saldría de los límites de una discusión focalizada sobre la específica propuesta de disolución del concepto de persona sobre la base de las neurociencias. Es diferente por el contrario sostener, como se verá más adelante, que el dualismo de la ciencia permite rechazar el “imperialismo” de algunas disciplinas que consideran ser “más fundamentales”.²¹

Según Farah y Heberlein, ya sean las neurociencias que la psicología evolucionista presentan pruebas del hecho que las intuiciones acerca de la persona surgen de mecanismos cerebrales innatos, diferentes y separados de aquellos que se usan para adquirir otros conceptos: “Mientras las categorías mentales de día y noche, montañas y montones de arena son aprendidos primariamente gracias a la introducción de experiencias hechas en el mundo, nosotros nacemos ya dotados de la tendencia a categorizar ciertas entidades como personas y a tratarlas en consecuencia”.²² Pero, si se convocan mecanismos cerebrales innatos y la psicología evolucionista, es lícito introducir también la verificación empírica del hecho que tal “concepto natural” de persona, aunque confuso, hoy disfuncional y quizá no correspondiente a nada en el conjunto físico del mundo, resulte universalmente difuso sea en sentido diacrónico en la historia humana, como en sentido sincrónico en todos los grupos humanos. Basta algún ejemplo para demostrar que no es así.

Sin alejarnos de nuestra tradición cultural, como ha sido recientemente referido –acompañados por una vasta literatura antropológica, histórica y crítica–, en la *Iliada* y en la *Odisea* la representación del ser humano no se funda en las distinciones entre orgánico e inorgánico, externo e interno, físico y espiritual, sino se articula en diversas áreas y superficies del cuerpo (*thymos*, *phrenes*, *noos*...) que dan vida, junto con todos los elementos con los cuales está en relación, en un juego caleidoscópico.²³ En Homero, el cuerpo humano no es nunca representado por un único término, sino por la pluralidad de los miembros en movimiento. En la *Iliada* en particular, los eventos humanos y divinos son contados mediante la técnica de la comparación con los caracteres y los comportamientos de los animales, con los fenómenos atmosféricos o con los simples estados de las cosas. Las fi-

guras humanas, cuyas gestas son narradas por la poesía épica, son singularidades movidas por un flujo de impulsos provocados por las divinidades que dominan la escena. Por un lado, el cuerpo del hombre es un híbrido y frecuentemente contaminado por las formas asumidas por las divinidades; por otro lado las prerrogativas de los seres humanos como el *menos* (energía, fuerza, brama) son atribuidas también a cosas y elementos naturales (incluso la lanza, el fuego y el rayo poseen el *menos*).

Todo esto parece evidentemente colisionar con la modularidad de las funciones cerebrales de categorización automática de las entidades vivientes, capaces de acciones según creencias y deseos, respecto de las cosas totalmente inertes e inanimadas.²⁴

De hecho, tales mecanismos existen y han sido fundamentales en la historia evolutiva humana: en la sabana, reconocer a un depredador a primera vista puede salvar la vida, y quien entre nuestros progenitores lo hacía en modo más automático y veloz tenía más alta probabilidad de transmitir sus genes, mayormente adaptados, a una amplia descendencia.

Emerge por tanto que el concepto de persona es históricamente “nuevo”, aparece gradualmente en momentos diversos y lugares diferentes. Se estructura progresivamente, incluso –es obvio e innegable, si no se trata de un concepto enteramente *a priori*– sobre la base material de los instrumentos perceptivos y de la arquitectura cerebral que nos permite articular el razonamiento. Pero la idea que todo ser humano tenga derecho *prima facie* a igual respeto y atención bajo reglas de equidad, no parece descender automáticamente de los solos factores biológicos cableados en el cerebro. Existen pueblos que matan y torturan a específicas “categorías de personas” o de presuntas “no personas”, teorizando la legitimidad de las propias acciones en base a una diversidad explícitamente afirmada respecto a otras “categorías de personas”, cosa que instintivamente repugna a la mayor parte de los habitantes del mundo en el siglo XXI.²⁵

Permaneciendo en la crítica de los “universales conceptuales” descendientes de nuestra configuración neurobiológica plasmada por la evolución darwiniana, se puede afirmar que dar cuenta de la génesis de un fenómeno no equivale ni a explicar su sentido, ni su alcance. El cableado cerebral de la idea de persona es paragonable al cableado

cerebral de la moral, sostenido por M. Hauser.²⁶ Y es discutible que existan universales morales. Por ejemplo, el precepto “ayuda a los niños y a los débiles” no es válido en las culturas que discriminan entre etnias inferiores y superiores. Además, si existe el *network* de la persona, eso no constituye solamente un elemento de reconocimiento pasivo sino también de estímulo a la acción, de otra manera no habría evolucionado, ni sería problemático para la bioética. Clasificar a las personas sirve de hecho a tratarles como tales. Es necesario entonces preguntarse cómo es que las obligaciones morales ligadas a la persona sean violadas con la altísima frecuencia que se puede empíricamente constatar.

La descripción de Farah y Heberlein es si acaso la de *enabling conditions*, condiciones que hacen físicamente posible la producción de los comportamientos y de los enunciados morales. Son descripciones muy variadas y, sobre todo, ninguna es capaz de dar cuenta del contenido específicamente moral de las prácticas humanas. Y resulta evidente que considerar sólo la ventaja evolutiva no sea suficiente. Se regresa así a la crítica clásica de la *falasia naturalista* de la cual habla G. E. Moore: no se puede llenar el espacio entre el ser y el deber ser.²⁷ No obstante como ya se ha dicho no se quiere volver sobre el terreno de la crítica categorial al naturalismo. Por lo cual es suficiente relieve ligado a la falsificación empírica del carácter automático y universal del concepto de persona en cuanto productor del nuestro cerebro.

En realidad, el concepto de persona que es puesto a prueba no es un concepto de base, sin ya una construcción que mezcla intuiciones “automáticas”, un “dato” proveniente de la estratificación cultural y de la reflexión intelectual. En otras palabras, cuando venimos al mundo y crecemos en un ambiente antropológico, somos alcanzados por mensajes que contienen conceptos ya estructurados, que interactúan con nuestras dotaciones innatas. Y a todo esto se puede sumar la invención/descubrimiento de nuevas ideas. Esto, por otra parte, no significa negar que la existencia humana sea organizada en modos significativos precedente e independientemente, respecto al lenguaje y a los conceptos adquiridos, y tampoco desconocer que las estructuras conceptuales primarias estén dotadas de significado en cuanto se basan sobre las experiencias con los objetos del mundo y sobre las situaciones que tienen lugar por medio de capacidades generales, como

la percepción gestáltica, los movimientos motores y la formación de las imágenes mentales. En tal perspectiva es la experiencia física a nivel de base que provee la fundamentación a nivel preconceptual del lenguaje y de las otras funciones cognitivas. Las estructuras preconceptuales son aquellas que Eleanor Rosch define *basic level concepts*, objetos físicos, acciones y propiedades (alto/bajo...), que constituyen un nivel intermedio de la organización conceptual.²⁸ Los conceptos más complejos nacen de una evolución y de una recombinación, no automática ni innata, de los conceptos de base.

Además, el así llamado realismo experiencial de Lakoff y Johnson, caracterizando el significado en términos de *embodiment*, de capacidades biológicas, de experiencias físicas, psicológicas y sociales de los seres humanos en un ambiente antropologizado, liga la evolución de conceptos abstractos y de la dinámica mental a la realidad externa.²⁹ Aún si eso, evidentemente, no quiere decir que todos los conceptos complejos tengan un específico y preciso correspondiente en el conjunto del mundo.

Y la misma psicología evolucionista, la disciplina que más se adelanta hacia la naturalización de nuestras ideas, deja espacio a una elaboración sobre la base evolutiva. Según el así llamado modelo causal integrado, la mente humana consiste en una serie de mecanismos para la elaboración de las informaciones circunstanciales del sistema nervioso.³⁰ Tales mecanismos son adaptaciones producidas en el tiempo por la selección natural en ambientes ancestrales; muchos de estos mecanismos están especializados funcionalmente para producir comportamientos que resuelven determinados problemas adaptativos, como la elección del partner, la adquisición del lenguaje, las relaciones familiares; para ser especializados funcionalmente, muchos mecanismos deben ser estructurados en modo de ser dotados de contenido específico y capaces de generar algunos contenidos particulares de la cultura humana, incluidos comportamientos, artefactos y representaciones lingüísticas; los contenidos culturales producidos así pueden luego ser adoptados o modificados por los mecanismos psicológicos de otros miembros de la población. Tales procesos históricos y epistemológicos se desarrollan a nivel de la población y están situados en específicos contextos y ambientes ecológicos, económicos o demográficos.

La conclusión de este acercamiento es que “la cultura constituye un producto de mecanismos psicológicos evolucionados en el tiempo con un contenido preciso. La cultura y los comportamientos son complejos y variables no porque nuestra mente sea una hoja en blanco construida socialmente en los diversos contextos, sino porque ellos son el fruto de programas funcionales enormemente intrincados y contingentes que elaboran información proveniente del mundo, en el cual la biología tiene un rol determinante”.³¹

Parece por tanto que incluso considerando la biología como elemento relevante no se pueda reconducir totalmente a ella el concepto de persona que se toma como *explanandum*. Queda la objeción según la cual la intuición es confusa y no capta un correspondiente preciso en el mundo externo precisamente por su génesis, exclusivamente cerebral, fruto de una adaptación evolutiva ya no adecuado de frente a los casos controvertidos de la medicina contemporánea. Farah y Heberlein podrían de hecho replicar que la componente innata continúa retorciendo nuestro razonamiento moral, haciéndonos asumir la existencia del género natural *persona* (en el modo en que sea luego refinado en su definición gracias a la reflexión racional), género natural que no tiene correspondientes reales perfectamente individualizables, como por el contrario sucedería, por ejemplo, con las plantas, individualizadas con el criterio objetivo de la fotosíntesis.³²

A esta afirmación se puede replicar afirmando que el criterio naturalista no es necesariamente unívoco. Porque, en otras palabras, debe ser la biología quien nos dé la única medida, si se ha demostrado que podemos erigirnos por encima de la biología, como da prueba de ello el mismo artículo de Farah y Heberlein, que desenmascara el funcionamiento “confuso” y disfuncional de nuestro cerebro utilizando los mismos “instrumentos” de este último. Aún permaneciendo en un paradigma naturalista, si bien “liberalizado”, varios autores sostienen con abundancia de argumentos que la ciencia como es tradicionalmente concebida esté limitada en la capacidad de dar una explicación exhaustiva sobre la naturaleza y las causas del comportamiento humano. Y que todo intento de reduccionismo pragmatista esté debilitado por un prejuicio teórico.³³

Sobre el plano neurofenoménico, aún falta la consideración de la conciencia experiencial y de la intencionalidad, o bien la teoría de la

mente, aquella capacidad que nos permite atribuir a los otros estados mentales como los nuestros. Hoy se está muy lejano del haber individualizado cuál sea el modo en el cual nuestro cerebro se representa las otras mentes, un *network* neuronal que, a la par de aquello que precede al reconocimiento de los rostros y del movimiento de los seres animados, podría eficazmente ser propuesto como criterio innato y automático para el surgir de la idea de persona.³⁴ Y candidatos igualmente válidos como “módulos” capaces de generar la “ilusión” de la persona son las recientemente descubiertas neuronas espejo, sustrato neurobiológico de la empatía y del altruismo hacia nuestros semejantes.³⁵

Además, parece que la dificultad, subrayada por las autoras de individualizar un criterio epistemológico (no sabemos explicar cómo decidir y establecer si una entidad sea verdaderamente una persona) conduzca en su razonamiento a la conclusión según la cual no deba por tanto existir un criterio constitutivo (que indica cuáles entidades pertenecen al conjunto de las personas).³⁶ Y eso se muestra claramente un *non sequitur*, porque se trata de dos planos distintos e independientes, que no tienen implicaciones directas.

En realidad, en la argumentación se parte de una idea de persona en parte empírica y en parte conceptual y se pone en observación a través de las neurociencias para refutarla. Pero lo que está diluido en este análisis deflacionista es solamente la parte que tiene génesis interna en el sujeto y no es inferencial, sin confrontación alguna con la realidad externa. Ciertamente, a veces nos damos cuenta de tener falsas percepciones, pero se trata de una certeza que no nace solamente de la consideración de cómo los *sense data* sean elaborados a nivel neurobiológico, pero también en base a otros criterios epistemológicos que examinan la realidad externa. Innegablemente, poseemos conceptos equivocados pero el ejemplo del flogisto aportado por las autoras no parece adecuado, en cuanto no todos tienen innata la idea de flogisto en el mismo modo en el cual emergería la idea de persona de los módulos cerebrales destinados al reconocimiento de los rostros y del movimiento. Existe ciertamente una física ingenua, pero ella tiene que ver con aquello con lo que hemos tenido contacto desde el inicio de nuestra historia como hombres, aquello que sirve a nuestra

existencia práctica; no concierne por el contrario a la filosofía y la ciencia como actividades especulativas y experimentales, que surgen en una fase sucesiva, ya sea del punto de vista filogenético, como del punto de vista ontogenético. Filosofía y ciencia se contraponen frecuentemente con algunas precomprensiones debidas a heurísticas evolutivas (es decir al modo en el cual hemos aprendido a razonar adaptándonos a las condiciones materiales de nuestra existencia en un dado ambiente físico y humano), pero una vez que ellos hayan sido superados gracias a un *método*, las disciplinas intelectuales ya no son sistemáticamente víctimas. Y entre los filósofos y científicos de hoy en día existe un consenso sobre aquello que es persona también a nivel actualista: comprende atributos como racionalidad, memoria, capacidad de autoreflexión, inteligencia y el concepto de sí. Sobre la base de tales criterios se es capaz de discernir en la mayor parte de los casos ordinarios. Hay, para alguno, un aspecto problemático en las circunstancias extraordinarias de la medicina contemporánea: embriones *in vitro*, pacientes con gravísimas formas de Alzheimer, neonatos anencefálicos, fetos en las primeras semanas, pacientes en estado vegetativo persistente. ¿Podrían ser estas las alertas del hecho que nos basamos sobre un mecanismo biológico evolucionado en un ambiente ancestral en el cual no se podían manifestar los arriba mencionados (presuntos) casos-límite? Pero admitido que la idea de persona se asemeje a una generalización empírica sobre la media, entonces permanece, en cuanto tal, aún válida. Ningún “género natural”, concepto de por sí filosófico y nunca enteramente empírico en su individualización y en su definición, puede ser operacionalizado en modo riguroso y preciso, como quisieran Farah y Heberlein. No parece de hecho que exista una medición o una observación unívoca y resolutive en base a la cual excluir o incluir sin dudas todas las posibles ocurrencias de cualquier “género natural”, se hable de plantas o de montañas (por los agregados o los compuestos meteorológicos las dificultades evidentemente se multiplican). Se debería deducir que no existan verdaderos candidatos a “géneros naturales” en sentido estrictamente científico. Y la perspectiva ontológica recupera así su plena legitimidad.

Conclusión

Se ha intentado aquí proveer una breve reseña de las primeras “incurSIONES” de las neurociencias en el campo de la definición de la idea de persona. IncurSIONES que han asumido una perspectiva deflacionista si no propiamente eliminadora. La conclusión es de hecho aquella de una “cancelación” del concepto en cuanto “ilusorio”. No obstante se ha visto en qué modo sea posible responder para rebatir tal resultado, que no parece obligatorio. No es sin embargo lícito negar la relevancia de los hechos y de las argumentaciones aportadas en el debate, aún a la luz de la probable acogida que podrán encontrar. Las neurociencias cognitivas nos están diciendo mucho del ser humano y pretenderán siempre más explicar las funciones superiores en los términos de la neurobiología. El descubrimiento de mecanismos necesarios, aunque no suficientes (según lo actualmente conocido), para la explicación de racionalidad, decisiones y acciones tendrán un impacto no solamente cognoscitivo, médico y aplicativo, sino podrán convertirse incluso en elementos de la discusión pública hasta alcanzar los procesos normativos.

Si los logros neurocientíficos no son de por sí resolutivos acerca del análisis conceptual y la reflexión filosófica en general (incluso frecuentemente introducen un elemento de confusión entre planos que deben permanecer distintos), resulta bastante difícil ignorarlos o rechazarlos *a priori*. Paradójicamente, la misma base de datos experimentales proporcionada por Farah y Heberlein puede testimoniar el carácter originario, junto con la persistencia y el enraizamiento, del concepto de persona. Pero será siempre oportuno no confundir dos líneas de razonamiento.

La primera, aquella que se ha desarrollado hasta ahora, apunta a demostrar que la utilización de los datos experimentales sobre el funcionamiento de nuestro sistema nervioso y su interpretación conceptual no justifica, según el estado actual de los conocimientos, el rechazo de la idea de persona como se ha venido estructurando históricamente. Sobre el plano de la misma investigación empírica no parecen suficientes los argumentos adoptados por los autores considerados para suprimir la perspectiva personalista. Se imponen aquí dos puntualizaciones. Por una parte, el concepto de persona que algunas

(no todas, se vea) declinaciones teóricas de las neurociencias quieren negar es aquel funcionalista/axiológico inaugurado por Kant y proseguido por gran parte de la reflexión moderna. Eso redimensiona las cuestiones de esencia y de origen, para dirigirse a una visión evolucionista, basada sobre el progreso. El ser persona es primordialmente capacidad de ejercitar determinadas actividades, o bien posesión de facultades, y no de específica naturaleza/esencia. La línea kantiana preserva la idea de persona como fin, nunca utilizable como medio, pero renuncia al anclaje más sólido, dado por la ontología. Queda para el humano el imperativo de existir, por decirlo con Hans Jonas, como también los argumentos aportados en ámbito bioético están ligados a una idea estipulativa, en la cual se colocan aspectos o funciones, que determinan de común acuerdo considerar, propios de la persona: de la autoconsciencia al lenguaje, de la continuidad psicológica a la comunicación intersubjetiva... Se trata sin embargo de aspectos verificables empíricamente, con criterios cambiantes y con todas las dificultades y los límites conexos a una medición de grandezas *sui generis*. Y, cosa aún más importante, son variables los criterios mismos, según los acuerdos concertados y las *Weltanschauungen* de referencia. Por otra parte, queda la objeción de principio, señalada también al inicio de la discusión, según la cual con la investigación filosófica racional sobre la persona que se coloca fuera de la biología, se entra en otra dimensión del saber, no necesariamente separada por barreras irremontables, sino caracterizada por su propio ámbito específico, por instrumentos y métodos de investigación diversos y no siempre traducibles.

La segunda línea de razonamiento concierne la concepción ontológica de persona, es decir aquella perspectiva que, "aún atribuyendo relieve a la investigación de los indicios que pueden señalar la presencia de la persona, no considera que el ser-persona o el llegar a serlo sean aceptables sólo funcional o empíricamente (y esto en particular en los estados-límite), pero que sean argumentables racionalmente dentro de una concepción del ser y de sus diversos grados, capaces de aprender en la máxima medida posible por los descubrimientos de la ciencia, no limitándose sólo a ellas, sino integrándolas e interpretándolas.³⁷

En este sentido, la noción de persona no es principalmente moral, sino ontológica. Es su valor, depende su de estatus ontológico, que precede la atribución de dignidad inviolable. Precisamente sobre este plano emerge la (posible) divergencia con la aplicación de la verificación empírico-funcional del carácter de persona. Ha sido recientemente afirmado que, “dada la disponibilidad de los programas apropiados de investigación, no existe razón por la cual no podremos identificar los sistemas neuronales y los correspondientes estados que corresponden a la idea del sí y al deseo de continuar viviendo. Tal conocimiento tiene implicaciones para muchos aspectos de las decisiones que se refieren al fin de la vida y podría obligarnos a no matar a ciertos animales.”³⁸

Esto significa que el resultado de una FMRI podría ser interpretado como veredicto sobre la presencia o no de los requisitos para decidir, en base al criterio utilitarista de la minimización del sufrimiento, a quién mantener con vida o dejar morir en caso de estados de inconsciencia prolongada o a qué animal respetar respecto a la actual conducta en relación con los mamíferos superiores.

Frente a la amplia discrecionalidad que se abre en tal escenario —en la cual se encuentra el examen de las correlaciones cerebrales que se activan para decir quién o qué cosa posee una capacidad mental digna de respeto—, permanece como sólida referencia la definición boeciana de persona como *sustancia individual de naturaleza racional*, sostenida por la antropología filosófica cristiana. No se puede descuidar el hecho de que tal visión ontológica es ampliamente marginada en el ámbito médico-científico, ni que su “traducción” operativa en algunos estados-límite resulte a veces compleja. En palabras de Emmanuel Mounier, la persona, precisamente porque constituye “la presencia misma del hombre, su característica última, no es susceptible de una definición rigurosa”.³⁹ Si bien no por esto deba faltar la precisión conceptual.

Lo que por tanto se puede provisionalmente concluir respecto al binomio inicial —neurociencias y persona— es que parece dominar un dualismo de fuentes y de métodos (o bien filosofía y ciencias especiales) para buscar una definición que sea unívoca en sus resultados. Las neurociencias pueden decir algo sobre la persona pero no negar el status de punto de vista único en el mundo, ya que es singular, peculiar e

insustituible. La contribución que se ha querido proponer se refiere principalmente a la primera línea de razonamiento introducida precedentemente, es decir que, aún poniendo entre paréntesis la perspectiva ontológica –como hacen muchos científicos–, no parece posible abandonar la idea de persona, basándose sobre los conocimientos hasta ahora obtenidos sobre nuestro funcionamiento cerebral. Ni puede darse como resultado último de la investigación experimental la adopción de principios morales utilitaristas.

Agradecimientos

El autor agradece a Vittorio Possenti y a un anónimo revisor por sus útiles sugerencias.

Referencias bibliográficas

- ¹ La literatura especializada en esta materia es vastísima y está en rapidísima evolución. Para un primer acercamiento, véase: Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR. *Neuroscienze cognitive*. Bologna: Zanichelli; 2005.
- ² Para una introducción al tema, cfr.: Lavazza A. *Neuroética e neuropolítica. Le scienze del cervello tra riflessione intellettuale e dibattito pubblico*. Iride 2008 (en imprenta).
- ³ Cfr. el manual de neurociencias de Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. *Principi di neuroscienze*. Milán: Cea; 2003.
- ⁴ *Il sé sináptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo* es el título de un libro-manifiesto del neurocientífico Joseph LeDoux (Milán: Raffaello Cortina; 2002).
- ⁵ Nannini S. *Naturalismo cognitivo. Per una teoria materialistica della mente*. Macerata: Quodlibet; 2007: 10-11.
- ⁶ Tal anclamiento se encuentra, por ejemplo, en la *Declaración universal de los derechos del hombre* adoptada por las Naciones Unidas en 1948, considerada un texto de referencia laico y ampliamente compartido.
- ⁷ Cfr. Beauchamp TL, Childress JF, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 20015.
- ⁸ Possenti V. *Il principio persona*. Roma: Armando; 2006: 33.
- ⁹ Cfr.: Churchland PS. *Neurophilosophy. Toward a Unified Science of the Mind/Brain*. Cambridge (MA): The Mit Press; 1986; Id. *Brain-Wise. Studies in Neurophilosophy*. Cambridge (MA): The Mit Press; 2002.
- ¹⁰ Churchland PS. *Moral decision-making and the brain* en Illes J (coordinador). *Neuroethics. Defining the Issues in Theory, Practice and Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2006: 3-16. Retomo en parte esta exposición de Lavazza A. *Neuroscienze e filosofia morale*. Rivista di Filosofia 2007; XCVIII (3): 327-358.
- ¹¹ Caspi A, McClay J, Moffitt TE y Al. *Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children*. Science 2002; 297: 851-854.

¹² Churchland. *Moral decision-making...*

¹³ Farah MJ, Heberlein AS. *Personhood and neuroscience: Naturalizing or nihilating?* American Journal of Bioethics-Neuroscience 2007; 7 (1): 37-48.

¹⁴ Farah y Heberlein citan una amplia bibliografía experimental en sustento de sus propias tesis, que aquí no se relaciona para no sobrecargar la exposición, pero es considerada en general como autorizada y de gran interés en el plano técnico-científico por cuanto tiene que ver con las particulares adquisiciones de relaciones cerebrales de funciones específicas. Es diverso el plano de la interpretación comprensiva de tales estudios a favor de un reduccionismo conceptual de la mente a su base material, es decir al cerebro.

¹⁵ Farah MJ, Heberlein AS. *Response to Open Peer Commentaries on "Personhood and Neuroscience: Naturalizing of Nihilating?"*: *Getting Personal*. American Journal of Bioethics-Neuroscience 2007; 7(1): W1-W4.

¹⁶ Possenti. *Il principio-persona...*, p. 123.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*, p. 124.

¹⁹ Véase: Phelps EA. *The Neuroscience of a Person Network*. American Journal of Bioethics-Neuroscience 2007; 7 (1): 49-50.

²⁰ Bennett MR, Hacker PMS. *Philosophical Foundations of Neuroscience*. Oxford: Blackwell; 2003.

²¹ Cfr. Dupré J. *Natura umana. Perché la scienza non basta*. Roma-Bari: Laterza; 2007.

²² Farah, Heberlein. *Response to Open...*

²³ Pandolfi A. *Natura umana*. Bologna: Il Mulino; 2006: 17-18. Se vean también: Reale G. *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*. Milán: Raffaello Cortina; 2000; Vernant J-P. *Mito e pensiero presso i Greci*. Turin: Einaudi; 1982; Onians RB. *Le origini*.

²⁴ No toda la categorización parece por lo demás automática e innata. Véase por ejemplo el papel de las "etiquetas", las cuales pueden desempeñar un rol causal en las formaciones de las categorías durante la infancia. Etiquetas pertinentes influyen en la categorización, etiquetas no pertinentes la dañan fuertemente. Aún antes de que los infantes puedan utilizar el lenguaje, las etiquetas que ellos escuchan pueden condicionar el modo en el cual categorizan los objetos: cfr.: Plunkett K, Hu JF, Cohen LB. *Labels can override perceptual categories in early infancy*. Cognition 2008; 106 (2): 665-81. Se vea también la investigación sobre los modos de generalizar los conceptos y el debate sobre la abstracción alternativa de reglas-valoraciones de semejanza con un elemento ejemplar: Tenenbaum JB. *Rules and Similarity in Concept Learning* en Solla SA, Leen TK, Müller K-R (Eds.). *Advances in Neural Information Processing Systems 12*. Cambridge (MA): The MIT Press; 2000.

²⁵ Es esta, en parte, la objeción presentada por M. Saghoff (Saghoff M. *transcendental argument for the concept of personhood in neuroscience*. American Journal of Bioethics-Neuroscience 2007; 7 (1): 55-57), aunque él se traslada luego a un plano diverso.

²⁶ Hauser MD. *Moral Minds. How Nature Designed Our Universal Sense of Right and Wrong*. New York: Ecco Books; 2006 (trad. it. *Menti morali*. Milán: El Saggiatore; 2007). Se vea también: De Waal F. *Primates and Philosophers. How Morality Evolved*. Princeton: Princeton University Press; 2006.

²⁷ Tomo esta línea argumentativa de De Caro M. *Gazzaniga. Hauser e la fallacia dei cromosomi morali*. Micromega 2007; 2: 143-149.

²⁸ Cfr.: Varela FJ, Thompson E, Rosch E. *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge (MA): The MIT Press; 1991.

²⁹ Véanse: Lakoff G. *Women, Fire, and Dangerous Things: What Categories Reveal about*

the Mind. Chicago: University of Chicago Press; 1987; Lakoff G, Johnson M. *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books; 1999.

³⁰ Cfr.: Tooby J, Cosmides L. *The Psychological Foundation of Culture* en Barkow JH, Tooby J, Cosmides L. (Eds.). *The Adapted Mind*. New York-Oxford University Press; 1992: 19-136.

³¹ *Ibid.*, p. 24

³² Por una curiosa coincidencia el concepto de planta fruto de las intuiciones ingenuas (son verdes, no se mueven, no se alimentan de especies vivientes) se extiende en gran parte coincidente con el sucesivo concepto científico, que tiene intención radicalmente diferente (planta es aquello que manifiesta actividad de fotosíntesis). Esto parece decirnos que los conceptos producidos por la evolución reflejan al menos en parte la realidad externa. En este caso, el ser humano semejante nuestro, a quien la naturaleza ha dedicado muchos módulos especializados de reconocimiento, puede ser el candidato real para fungir como correspondiente a la no fantasmática *persona*.

³³ Véanse: De Caro M., Macarthur D (coord.). *La mente e la natura. Per un naturalismo liberalizzato*. Roma: Fazi; 2005; Dupré. *Natura umana...*

³⁴ Véanse, por ejemplo, Carruthers P., Smith PK (Eds.). *Theories of Theories of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006; Gobbini MI, Koralek AC, Bryan RE y Al. *Two Takes on the Social Brain: A Comparison of Theory of Mind*. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2007; 19: 1803-1804.

³⁵ Véanse: Rizzolatti G., Sinigaglia C. *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio. Come capiamo ciò che fanno gli altri*. Turín: Bollati Boringhieri; 2008.

³⁶ Cfr.: Bottani A. *Identità personale* en Coliva A (coord.). *Filosofia analitica. Temi e problemi*. Roma: Carocci; 2007.

³⁷ Possenti. *Il principio-persona...*, p. 123.

³⁸ Farah MJ. *Neuroethics and The Problem of Other Minds: Implications of Neuroscience for Moral Status of Brain-Damaged Patients and Nonhuman Animals*. *Neuroethics* 008;1(1):18.

³⁹ Mounier E. *Manifeste au service du personalisme (1936)* en *Œuvres*. Paris: Seuil; 1961. Vol. I, p. 523. citado en Melchiorre V. *Essere persona. Natura e struttura*. Novara: Fondazione Achille e Giulia Bordini; 2007: 148.

Is it possible to define the nature of medicine?

Teleological and phenomenological perspectives on medicine, its ends and its morality

Andrea Virdis*

Resumen

La presente contribución se ofrece como una investigación en torno a las diversas teorías sobre el fundamento ontológico de la práctica médica, según dos perspectivas específicas que derivan de una interpretación teleológica y fenomenológica. La aproximación teleológica parte de un modelo aristotélico-tomista interpretando a la medicina como un acto dirigido hacia un fin: esta perspectiva radica en el hecho de que existe un bien inherente de la medicina que se define como su bien propio. La medicina se considera como una actividad intrínsecamente ética, que tanto la técnica como el comportamiento se ordena en relación a un bien omnicomprendido: el fin naturalmente dado de la salud. La aproximación fenomenológica (en su corriente realista) muestra cómo la medicina manifiesta su esencia en el encuentro clínico entre el paciente (que se ha enfermado y necesita ayuda) y un médico (que posee una habilidad para cuidarlo y ayudarlo). En el contexto de la vulnerabilidad de ese paciente en particular, el momento de encuentro es el "momento" en el que la medicina y su fin de cuidados se ponen en acto. Ambas perspectivas revelan que lo que la medicina

* Doctor en Bioética, Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía «A. Germelli», Universidad Católica del Sagrado Corazón (correspondencia: andrea.vir-dis@rm.unicatt.it).

es, depende de lo que es su finalidad; es decir, que la naturaleza de la medicina no es el punto de partida de la ética médica, sino su resultado: debemos conocer el fin de la medicina (el bien inherente a), para conocer qué es la medicina exactamente. Es más, demuestran la existencia de una moralidad intrínseca de la medicina que es fundamental para determinar deberes, virtudes y obligaciones del médico acorde con la naturaleza de la medicina en sí misma.

Summary

Is it possible to define the nature of medicine? Teleological and phenomenological perspectives on medicine, its ends and its morality

The aim of this paper is to inquire into the different theories about the ontological foundation of medical practice, according to two specific perspectives that come from teleological and phenomenological approaches. Teleological approach starts from an Aristotelian-Thomist way to intend medicine as an end-oriented act: this view is rooted in the assumption that a good inherent to medicine exists and defines the proper ends of medicine itself. Medicine is considered as an inherently ethical activity, in which technique and conduct are both ordered in relation to an all-encompassing good: the naturally given end of health. Phenomenological approach (in its realistic current) points out how medicine manifests its essential being in the clinical encounter between a patient (that got sick and needs help) and a doctor (that has the skill and can help him). In the context of the vulnerability of that particular patient, the clinical encounter is the "moment" in which medicine and its healing end are put in being. Both perspectives reveal that what medicine is, depends on what its end is, that is to say, that the knowledge of the nature of medicine is not the starting point of

medical ethics, but its result: we must know the end of medicine (i. e., the good inherent to), to know what medicine exactly is. Moreover, they demonstrate the existence of an internal morality of medicine which is fundamental to determine duties, virtues and obligation of the physician in accordance with the nature of medicine itself.

Palabras claves: filosofía de la medicina, naturaleza de la medicina, moralidad interna de la medicina, ética médica, fenomenología, teleología.

Key words: philosophy of medicine, nature of medicine, internal morality of medicine, medical ethics, phenomenology, teleology.

Introduction

Nowadays, there is no longer any unanimity about “what medicine is” and “what its goals ought to be”, and this is undoubtedly one of the main reasons why it is so common today to hear about “the crisis of medicine”. All the social, cultural and, above all, technological changes that concerned medicine during the last decades have determined a certain level of confusion around the very sense of this special human activity, and induced physicians, health care professionals and philosophers to redesign medicine and its goals, applying external models to it. However medicine, despite technological advances and societal changes, remains essentially what it has always been, that is to say, its characteristics are inherent to it, substantial, and cannot be changed in any way.

Far from being a new task —e.g. the Author of the Hippocratic *On the Art* already tried to define the nature of medicine—, defining the nature of medicine today is certainly one of the most important issues challenging the philosophy of medicine. This fundamental topic, in-

deed, is a core problem that comes from both everyday physicians' activity and philosophers' interest in defining the essence of the medical practice.

This paper inquires into the different theories about the ontological foundation of medicine, aiming to highlight those elements which reveal its proper nature. I will focus my attention on two specific perspectives of analysis:

1. the teleological approach, which starts from an Aristotelian-Thomist way to intend medicine as an end-oriented act, and

2. the phenomenological approach, that manifests the essential being of medicine in the clinical encounter between a patient and a doctor. Finally, I will show how both approaches suggest the importance of the ends of medicine for anyone who wishes to determine the duties, virtues and obligations of the physician in accordance with the nature of medicine itself.

The teleological approach

It seems that philosophy no longer likes "definitions". They appear to be unable to capture the rich variety of reality and, for this reason, they are less preferred than the analysis of language and categories of description. However, they are useful to establish differences between things, specially when it comes to human activities as medicine.² The definition of a certain thing, indeed, expresses precisely the "what is" of the object one aims to define, that is to say, it restores the essence of that thing. The definition includes the indication of the genus, which corresponds to the broader sphere the object belongs to, and the specific difference, which differentiates the species of that particular object from the other species of the same genus; both genus and species are indispensable in showing the essence of the object, its very nature. Nature is, indeed, the ontological corresponding of definition.³ Defining the nature of medicine means, therefore, bringing to light the essential characteristic of this particular human activity? Our reflection on the nature of medicine is inserted, for this reason, in the broader reflection on human activity –concerning actions, arts, and sciences– which is generally distinguished into theory and praxis.

In *Metaphysics VI*, Aristotle holds up a comprehensive view of the different spheres of scientific knowledge, classifying them into theoretical, practical and productive (poietic), on the grounds of considerations regarding the object and the purpose of the various disciplines. *Theoretic* or *speculative* is the cognitive activity that has no other purpose but the knowledge itself⁵ (they are Physics, Mathematics and First philosophy). Knowledge itself becomes, then, *practical* and not speculative when one knows *to act*, i. e. to use the information you got in another type of activity, whatever it may be; practical science concerns actions that have their beginning and their end into the subject who acts, such as moral activities.

Knowledge can be poetic as well, when it aims to produce something; it concerns actions that have their beginning in the subject, but aiming to produce something outside himself, such as art production. We will consider praxis as activity or shape of human behavior: praxis is the activity which has a purpose, and a practical activity is the one that gives a result, in accordance with a prearranged end. Now, following the Aristotelian subdivision,⁶ taken also by Thomas Aquinas,⁷ we can identify two forms of practicalness: one technical and the other ethical (*facere* and *agere*). The first includes activities ordered to produce (or to preserve, to improve, etc.) objects. This form of practical activity was called art (*techne*, in a broad sense) and, furthermore, it can be called transitive act (*actio transiens*) as it is, generally, object-formative; more precisely, *art* is the ability to do it,⁸ a sort of “knowing how” in the field of concrete experiences of life. This concept of art is fundamental in finding the real sense of medical practice: this concept, indeed, does not mean simply the practical application of theoretical knowledge, but a peculiar form of practical knowledge.⁹ According to this view, we can certainly affirm that medicine is not a theoretical science (though it “produces” new knowledge, as experimental science does); rather, medicine can be classified, as both a practical and a poietic science: it requires the knowledge of morphological and functional aspects of the biology of the human body to act on the human body itself; moreover, it is the art of using that knowledge for its purpose.¹⁰

Obviously, the medical art assumes a particular position in this context, especially when it is called the “art of healing”, as healing

does not mean (artificially) creating something but restoring a natural state of being.¹¹ From that point, it derives that medicine has also its own ethical form of practicalness, as it implies that there is a subject who is acting with a purpose.¹²

So far, we made a general description of medicine, that is, its genus. When it comes to its specific characteristics, we must look at those elements which characterize it. To do this, we will use the schematization derived from the Aristotelian doctrine of the four causes, considered here in the sense of explanations or explanatory factors,¹³ which can help us to highlight the essential elements of medical practice.

One of the first elements which characterize clinical medicine and that represents its material object is the anthropological element. This is clear when one thinks about the difference that exists between human medicine and veterinary medicine: even though they are both “medicine” (having the same reasoning structure, i.e., scientific knowledge applied in healing), their different material object (human being/animal) determines, between them, a substantial difference. The material cause of clinical medicine is, then, the human being; the efficient cause is the physician: it is he who acts “to produce” something, according to the idea of a healthy human being (which would be the formal cause);¹⁴ and then, the final cause is the health of the human being.¹⁵ As Jonas highlights, to the physician the purpose of his/her activity is given by the internal end of his “object”, the patient, and the physician has to identify him/herself with the end of that patient, and this is of course always his health, which is defined by the nature.¹⁶

So, it is just this final cause which most truly gives the explanation of an object, of an act. The final end (purpose, or teleology) of a thing is realized in the full perfection of the object itself and it is thus internal to the nature of it, and not something we subjectively impose upon the object. This is true also for every science, act or art. In fact, as Aristotle states, “every art and every inquiry, and similarly every action and pursuit, is thought to aim at some good; and for this reason the good has rightly been declared to be that at which all things aim (...). Now, as there are many actions, arts, and sciences, their ends also are many; *the end of the medical art is health, that of shipbuilding a vessel, that of strategy victory, that of economics wealth*”.¹⁷

Every human activity aims at some good, some end, and this end specifies the nature of that particular act. The same, therefore, can be said for medicine: “what medicine is” depends on what its end is. This teleological perspective, indeed, clarifies the assumption that a good inherent to medicine exists, which defines its proper end. Understanding “what medicine is” means intending medical practice as *an end oriented act*, that is to say, an act which aims to the health of the human being.¹⁸ This is the element (the species, to use definition terminology) that distinguishes, for instance, medicine from other arts: a craftsmanship that involves *healing* the body with body.¹⁹

This teleological structure, which reveals what medicine is for, is fundamental for understanding its very nature: medicine, because of the internal end which structures it, has to be considered not as a mixed marriage between its own value-neutral technique and some extrinsic moral principles, but as an inherently ethical activity, in which technique and conduct are both *ordered* in relation to an all-encompassing good, *the naturally given end of health*.²⁰ For this reason, it is from the commitment to its end it is called upon to serve that medicine receives its “form” and essence.²¹

The phenomenological approach

Another perspective that can help us to better understand the nature of medicine, and to have a deeper comprehension of how it is defined by its end, is given by the phenomenological approach (in its realistic current). Phenomenology as a method of ontology claims that things manifest in their *phenomena* essential properties that have, for this reason, ontological significance. Looking at the phenomena means, therefore, seeking those essential elements that cause a thing to be “that thing”.²²

If we consider our object of inquiry from this perspective, we will find that medicine needs basically two elements to be put in being, and that those elements are both *conditio sine qua non* for the existence of medical practice. They are: a patient, that got sick and needs help, and a doctor, that has the skill to help him and, above all, has voluntarily declared him/herself at the disposal of a people in such

need (we call this, the fact of profession).²³ Moreover, medicine manifests its essential being in the clinical encounter between *that* patient and *that* physician. Indeed, in the context of the vulnerability of that particular patient, the clinical encounter is the “moment” in which medicine and its healing end are put into being. The essential core of medicine, therefore, is the clinic, structured upon the doctor-patient relationship and aimed at the health of the latter. This clinical encounter presupposes some stages that set up the medical act, thereby integrating it:²⁴ a patient get sick (or is worried about his/her health), he/she experiences suffering and asks for help; a physician according, to his knowledge and to the clinical method answers to the patient request; both must decide to enter into the relationship with the other, pursuing the good of health, according to the particular situation. Recognizing this help-request and the singular situation of the patient represent for the physician the principle of an action that assumes his/her skill (art), technical ability and a careful study of the actual case: the medical act reaches its objective, the health of the sick person, when it results from a technical-scientific reasoning of the physician, which in the end arrives at a diagnosis and a therapy, usually followed by a prognosis, according to the situation of the patient.

It is a fact that man always feels the need to preserve his health, or to seek to recover it, as it is one of the main goods of his existence. Medicine answers this human need to maintain health and to free man from illness. Answering the patients request, therefore, presupposes in the physician the awareness of health as a fundamental good to preserve: it is this perception that moves (and obligates) him/her in doing something to help him. Health functions prescriptively in a medical decision insofar as it is the good toward which both patient and physician aspire.²⁵ Everything, therefore, is done by the physician in the firm belief of acting to pursue the patient’s good: his/her health. And acting to obtain a good is always acting morally: it is the *agere* and *facere* dimension of the human act.

But there is also another important element which underlines the intrinsic moral component of the medical practice: the most fundamental fact about medicine is certainly that physicians act upon the human body, but more precisely that a physician is a human being who has to do with another concrete human being, who is unique and

unrepeatable. As Jonas points out, “an essential feature of the medical art is that the doctor each time deals with his fellow human being and each time typically singular. The patient while he waits must trust in the fact that his cure is entrusted only to him. More specifically, however, if we leave out psychiatric considerations, the medical art is concerned with the body through which man belongs to the specie of animal organisms, it is a natural thing among other natural things, and in this sense it reenters into the realm of natural science. But it is the body of a person (...). To allow a person to live, the body must be helped. The body is the objective element, but it is also the subject at stake”,²⁶

The body (either healthy or sick) is certainly the object of medical consideration, but it is a particular “object”, because a living human body is always a human person.²⁷

On one side, this “typically singular” human being with whom physicians deal is what makes the difference between medical art and other human activities, and moreover, is what reveals the totally human (ethical) meaning of medicine: medical practice is not simply a technical “making of” an object, but rather a moral “acting” aimed at the good of a subject. So, a complete comprehension of the physician-patient relationship leads to a broader horizon, which is the relationship of a human with another human, i.e., an interpersonal dimension in which one respects human dignity. This is the reason that allows us to say that the physician act is based *ipso facto* upon two pillars: scientific knowledge/technical ability and *ethos humanitario*,²⁸ that is to say, an anthropological ethics founded upon the dignity of the patient and the value of every single man.

On the other side, this singularity and this personal dimension of medical practice show how every clinical encounter is a unique event and, at the same time, reveal the real meaning of pursuing the patient’s good. The general medical knowledge of the physician is always directed to a specific practical end in a personal relationship in which a person is ill, vulnerable and seeks the help of another who has the craftsmanship to do so. In this sense, we can say that medicine does not exist *per se* except in the clinic, where, according to the art view, medical knowledge is embodied and personal: science, certainly, provides a base for practice, but at the bedside, in *that* situa-

tion, the fine and personal judgement of the experienced practitioner makes it medicine. For this reason, it has been said that medicine is, an intrinsically prudential act, that is to say, an act which has the ability to recognize the specific way to pursue the end of healing. *Phronesis*, in fact, considered as the highest virtue of practical reason, is conceived as the calculation of (particular) means in order to achieve a (universal) end. This means that, to be a good physician, having medical knowledge is fundamental but not enough: one needs to have the knowledge of particular cases, as the medical act is always performed within individual situations. Hence, aiming at the health of a patient is always seeking for the maximum good obtainable for him/her in that particular situation.²⁹ Taking care of a patient, therefore, would be, according to the different situations: preserve his/her health preventing any risky situation or behavior (we can call it the “educational” meaning of medicine); restore his/her health when it is possible (the curing dimension of medicine); to always alleviate suffering: a healing act adjusted to the good possible even in dying patients (the palliative sense of medicine).

Conclusion

In this article I have tried to highlight the real nature of medicine: the art of healing humans (i.e., that aims to the health of humans, considered as good) in the clinical encounter. This definition of medicine takes into account both the genus and the species of this particular human activity, as well as the essential elements, derived from the phenomena that constitute it (the fact of illness; the act of profession; the patient–physician relationship). From this point of view it is clear that medical activity is a moral enterprise. Medicine, indeed, has a specific end which defines it and that can be pursued only in an intersubjective relationship, the clinical encounter: the physician –aware that health is a fundamental good for every human being– aims at the health of an individual patient that experiences suffering. The knowledge of the end of medicine and of its teleological nature, therefore, is fundamental in showing the intrinsic moral nature of the medical practice. In a certain sense, we can say that this knowledge is

not the starting point of medical ethics, but actually its result: knowledge of the end of medicine (i. e., of the good inherent to), reveals what medicine exactly is; the model of what it “should be” shows its true “being”. For this reason, medicine can be recognized as an *intrinsically* moral activity, given by its teleological form: its many functions converge upon the naturally given end of health, to help a particular person in need, a patient bearing distress or disease.

These perspectives grant us the possibility of claiming the existence of an *internal morality of medicine*, i. e., that morality which is derived from the nature of medicine itself and not from the application of preexisting moral systems to medicine,³⁰ and which provides a basis for understanding the core ethical obligations of medical practice. An end-oriented internal morality of medicine, indeed, is an ethic based in the notion of the good as the end which characterizes moral acts, and according to it ones can distinguish what medicine is and what it is not, that is to say, what a physician has to do and what he/she can not do. Hence, every obligation (so as every duty or virtue) of the physician as a physician must be derived from the internal morality of medicine, taking into account the end to which the nature of medicine itself aims. Every singular act of the physician must be set following the teleological nature of medicine. The universal precept “always doing good”, in this perspective, means “aim always to the good of the patient’s health in accordance to his/her particular situation”. On the contrary, a doctor cannot be asked to perform any act directed to provoke a patient’s death, such as euthanasia or abortion: could killing someone ever truly be an act which aims at the health of a patient? Whatever act contradicts the ultimate end of medicine, in fact, cannot be considered part of medical obligations and, indeed, it cannot be considered medicine at all.

Referencias bibliográficas

¹ See VIRDIS A. *Considerazioni sullo statuto epistemologico della Filosofia della medicina*. *Medicina e Morale* 2007; 4: 767-800.

² PELLEGRINO ED, THOMASMA DC. *A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions*. New York: Oxford University Press; 1981: 70.

³ Cfr. ARISTOTLE. *Topics*, VII, 5, 154b 1.

⁴ “Medicina dividitur in theoreticam et practica” (THOMAS AQUINAS. *In Boethium super De Trinitate*, q. 5, a. 1, ad. 4). We can distinguish between two levels of meaning of the term “medicine”: 1. medicine as science which seeks to understand physical process in a living being; 2. medicine as clinical practice, in which physician seeks “to apply” the medical science in his/her encounter with a particular patient. I will consider medicine in this second sense (Cfr. PESSINA A. *The relation between biomedical research, anthropology and ethical philosophy. Notes for a methodological reflection* in VIAL CORREA J. SGRECCIA E (Eds.). *Ethics of biomedical research in a christian vision*. Vatican City: Libreria Editrice Vaticana; 2004: 142-155, p. 148). This distinction, however, does not mean their antagonistic separation. As a matter of fact, biomedical knowledge cannot be considered medicine until it is used in a particular clinical context, to promote health in favor of an individual human life. It is the human being, through appropriate diagnosis and therapies, who is the site of the creative application of scientific medicine.

⁵ Naturally, intellectual comprehension is a human act and, in this sense, also contemplation can be said praxis, but this name is generally used to indicate various human acts not contemplative.

⁶ ARISTOTLE. *Metaphysics*, VI, 1, 1025 b; In. *Nicomachean Ethics*, VI, 4 1140 a.

⁷ THOMAS AQUINAS. *Summa Theologiae*, I-II, q. 57, a. 4.

⁸ “Art is identical with a state of capacity to make, involving a true course of reasoning”, see ARISTOTLE. *Nicomachean Ethics VI*, 4 1140a 10.

⁹ GADAMER HG. *Ube die verborgenheit der gesundheit: aufsatze and vortrage*. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1993: 47.

¹⁰ In this sense, medicine is also an architectonic art, as it consist in knowing how to use other knowledges and arts for a purpose (see, THOMAS AQUINAS. *Summa Theologiae*, II-II, q. 45, a. 1).

¹¹ JONAS H. *Technik, medicin and ethik: zur praxis des prinzipls verantwortung*. Frankfurt am Main : Insel; 1990: 109.

¹² “Moral acts are the same as human acts” (THOMAS AQUINAS. *Summa Theologiae*, I-II, q. 1, a. 3).

¹³ Classical example is given by the bronze statue. Its material cause (the element *out of which* an object is created) is the bronze itself. Its efficient cause (the means *by which* it is created) is the sculptor, insofar as he forces the bronze into shape. The formal cause (the expression of *what* it is) is the idea of the completed statue. The final cause (*the telos, the end for which* it is) is the idea of the statue as it *prompts* the sculptor to act on the bronze. See, ARISTOTLE. *Physics* II 3; ID. *Metaphysics* I 3. See also: ID. *Metaphysics V* 2.

¹⁴ “The active principle then and the starting point for the process of becoming healthy is, if it happens by art, the form in the soul (of the physician), and if spontaneously, it is that, whatever it is, which starts the making, for the man who makes by art”. ARISTOTLE. *Metaphysics* VII 7, 1032b 20-25.

¹⁵ “Sicut medicina per prius est cognoscitiva et factiva sanitatis, per posterius autem infirmitatis” (THOMAS AQUINAS. *Commentaria in Aristotelem: Sententia in Libri Metaphysicae IX*, lect. 9, n. 2).

¹⁶ Cfr. JONAS. *Technik, medicin und...*

¹⁷ ARISTOTLE. *Nicomachean Ethics* I, 1094a: 1-5

¹⁸ “Necessitas ex suppositione finis; (...) dicitur necessarium (...) sine quo non potest haberi quod pertinet *ad bene esse*, sicut equus dicitur necessarius ambulare volenti, et *medicina ad*

hoc quod homo sane vivat" (THOMAS AQUINAS. *Scriptum Super Sententiis*, lib. 4 d. 7 q. 1 a. 1 qc. 2 co).

¹⁹ PELLEGRINO, THOMASMA DC. *A philosophical basis of...*, p. 73.

²⁰ KASS L. *Neither for love nor money: why doctors must not kill*. The Public Interest 1989; 94: 25-46, p. 30. See also, ID. *Toward a more natural science: biology and human affairs*. New York: The Free Press; 1985.

²¹ SEIFERT J. *The philosophical diseases of medicine and their cure*. Dordrecht: Springer; 2004: 39.

²² "The terms "phenomenon" and "the phenomena" as object of the "phenomenological method" in our sense do not in the slightest way - although the root of the word (in the Greek *phainesthai*) might suggest otherwise — indicate a mere "seeming" or "appearing" of things ("to seem", "to appear" being possible meanings of the Greek verb). Rather, the term *phenomenon* in its original phenomenological sense refers to another set of important meanings of the word *phainesthai*: "to show itself", "to manifest itself", "to shine forth from itself", "to present itself from itself". It is the essence, nature and being of things as they present themselves in their intelligibility from themselves, which are here called *phenomena*. It is, in other words, the pure, intelligible and *undistorted* nature, precisely the nature of a being as it is *not* obscured by mere appearances, by misleading aspects, or by mere *seeming*; it is *the being itself* of things which is referred to. The phenomenological method, then, fundamentally consists in absolute faithfulness to the voice of being and in the unrelenting attempt of the philosopher to go back to things themselves as they show themselves as well from their very own being and essence as by the mediation of other things. Philosophers frequently lose sight of 'things themselves' in this simple and yet fundamental sense, and engage in constructions and inadequate explanations" (ID. *Back to "things in themselves". A phenomenological foundation for classical realism*. New York - London: Routledge & Kegan Paul; 1997: 13-14).

²³ Medical profession is based on this voluntary declaration: the physician is one who knowingly and freely professes his devotion to a way of life worthy of such devotion, that is, to healing the sick, looking up to health and wholeness. See Kass L. *Professing ethically. On the place of ethics in defining medicine*. JAMA 1983; 249: 1305-1310, p. 1307.

²⁶ JoNAS. *Technik, medicin und...*, p. 111.

²⁷ SGRECCIA E. *Manuale di Bioetica. Volume I. Fondamenti ed et ca biomedica*. Milano: Vitae Pensiero; 20074: 137-169.

²⁸ JASPERS K. *Der arzt im technischen zeitalter*. Monaco: Piper; 1986: 2.

²⁹ J.F. Drane claims that not only the relational (the healing relationship) aspect of the practice of medicine signifies the moral nature of medical practice, but also the interpretative character of medicine (i.e., interpretation of empirical data): Medicine is an intrinsically interpretative practice that must always be practiced under the conditions of the uncertainty of each case (DRAKE JF. *Becoming a good doctor: the place of virtue and character in medical ethics*. Kansas City, MO: Sheed & Ward; 1988).

³⁰ The concept of "internal morality of medicine" has been used first by J. Ladd, adapting it from L.L. Fuller, who introduced the terms "internal" and "external morality of law". (LADD J. *The internal morality of medicine in SHELP E (ed.)*. Dordrecht: Reidel; 1983: 209-239).

²⁴ SIEGLER M. *The doctor-patient encounter and its relationship to health and disease in CAPLAN A, ENGELHARDT HT, JR., MCCARTNEY II (Eds)*. *Concepts of health and disease. Reading*. MA: Addison-Wesley; 1981.

²⁵ PELLEGRINO ED, THOMASMA DC. *For the patient's good*. New York: Oxford University Press; 1988: 63.

Bioética Clínica.

Kernicterus neonatal por déficit de G6PD

El riesgo sanitario de la Fecundación artificial heteróloga

*D. De Luca**, *A. Viridis*^o, *M.L. Di Pietro*§, *E. Zecca*#

Resumen

El artículo presenta el caso de un neonato varón, nacido de un embarazo triple obtenido mediante una fecundación artificial (FA) en forma heteróloga. Una enfermedad raramente letal pero muy difundida (déficit de glucosa-6-fosfato-dehidrogenasa (G6PD)), junto con la falta de datos sobre el status paterno (por vía del secreto y del anonimato del donador de gametos) ha llevado, en una rápida sucesión de eventos clínicos, al surgimiento inevitable del kernicterus del neonato.

Los autores discuten los problemas derivados del secreto y del anonimato del donador en relación a las posibles consecuencias para la atención de los nacidos por FA heteróloga.

Summary

Neonatal kernicterus due to G6PD deficiency. The health risk of heterologous assisted reproduction

* Especialista en Pediatría, opción de Neonatología y Terapia Intensiva Neonatal, Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Colaborador científico de la División de Neonatología, Hospital Materno-Infantil "G. Salesi", Universidad Politécnica de Le Marche, Ancona;

^o Doctor en Investigación en Bioética;

§ Profesor Asociado, Instituto de Bioética;

Investigador Universitario confirmado, Instituto de Clínica Pediátrica, División de Neonatología, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad del Sacro Cuore, Roma (E-mail: mldipietro@rm.unicatt.it).

The article presents the case of a male neonate, born from a triplet pregnancy obtained by heterologous assisted reproduction (AR). A rarely fatal but widespread disease (Glucose-6-phosphate dehydrogenase (D6PD) Deficiency), together with the lack of knowledge about parental status (due to secrecy and anonymity of gametes donor) led, in a fast succession of clinical events, to the unavoidable insurgence of kernicterus in the newborn.

The Authors discuss the problems deriving from donor secrecy and anonymity in view of their possible consequences for the cure of neonates born from heterologous AR.

Palabras clave: fecundación artificial heteróloga, donación de gametos, kernicterus, secreto, anonimato, cuidados neonatales.

Key words: heterologous assisted reproduction, gamete donation, kernicterus, secrecy, anonymity, neonatal care.

Introducción

Cuando se habla de técnicas de fecundación artificial (FA), se piensa –comúnmente– que los aspectos problemáticos y las fuertes reservas sobre su empleo se deban circunscribir de manera prevalente sólo al ámbito moral y que, por tanto, la “problemática” de la FA derive de la perspectiva ética de la cual es valorada. Aún así, como resulta cada vez más evidente a los mayores conocimientos científicos, los problemas (viejos y nuevos) derivados del uso de las técnicas de FA¹ (que continúan siendo –vale la pena recordarlo– técnicas con un elevado grado de experimentabilidad) ponen de por sí no pocas reservas sobre la legitimidad de su empleo: se piense, en este sentido, a los riesgos ínsitos en los procedimientos o al resultado de los mismos.²

Las consideraciones en torno a la FA heteróloga que estamos por examinar en el presente trabajo nacen precisamente de la valoración de un caso clínico recientemente descrito,³ que ha arrojado luz sobre

los riesgos, en el ámbito neonatal, para los nacidos por esta forma le FA.

Entre los aspectos de la FA heteróloga más discutidos en literatura existen seguramente aquellos ligados al secreto y al anonimato del donador.⁴ Tales aspectos son generalmente tratados en relación al problema de la revelación y de sus consecuencias:⁵ desde un punto de vista *jurídico*, por ejemplo respecto del “derecho del concebido” de conocer sus propios orígenes o bien el derecho a la identidad personal y familiar; en términos *psico-sociales*, por ejemplo en referencia al problema del “cómo decir” y “qué cosa decir” a los hijos en la revelación y a las consecuencias psicológicas y relacionales de ella, o bien en relación al aspecto de una consanguineidad no consciente y, por tanto, al riesgo que puedan verificarse relaciones incestuosas;⁶ desde una perspectiva *ética*, por ejemplo, en relación al conflicto existente entre intereses en juego, deberes y ejercicio de responsabilidad. No obstante, el problema de la inaccesibilidad de la información sobre el donador tiene una fuerte repercusión también sobre el plano clínico: el secreto y el anonimato ligados a las técnicas de fecundación heteróloga pueden esconder al médico datos clínico-anamnéticos de importancia vital en el tratamiento de los nacidos por esta forma de fecundación y, como en el caso del cual hablaremos, en el ámbito neonatal tal carencia de información puede llegar a condicionar pesantemente la eficacia de la asistencia perinatal.

Hasta hoy no son numerosos, en la literatura internacional, los trabajos que analicen el riesgo de graves enfermedades hereditarias para los niños nacidos por FA heteróloga, y esto es debido probablemente a la excesiva confianza depositada –en general– en los programas de *screening* para la selección de donadores de gametos. Sólo recientemente un caso evidente (*The Michigan case*) ha llevado la atención de la comunidad científica a reflexionar sobre los reales riesgos para la salud del que está por nacer que pueden derivar del anonimato que cubre los donadores de gametos.⁷

Cuando una pareja decide recurrir a una técnica de fecundación heteróloga, presume recibir el “mejor” semen u ovocito disponible, entendiéndose con esto no sólo que los gametos estén libres del defecto que hace imposible una normal fecundación, sino también que ellos no sean “portadores” de eventuales enfermedades hereditarias. Una

presunción tal no puede, sin embargo, ser asegurada –hasta hoy– con los actuales programas de *screening* y, con toda probabilidad, una certeza en tal sentido no será nunca posible.

A partir de estas consideraciones iniciales y de nuestra experiencia directa, se quiere en este trabajo abrir un debate sobre estos aspectos presentando la historia clínica de un neonato que, hasta ahora, representa el primer caso descrito de severa patología ocasionada a causa de la FA heteróloga y en relación a la imposibilidad de garantizar una óptima asistencia perinatal.

El caso

Un neonato varón nace de un embarazo triple con parto por cesárea electiva a 32 semanas de edad gestacional y es internado en la sección de terapia sub-intensiva neonatal. Para obtener el embarazo se había efectuado –en un país extranjero– una fecundación *in vitro* con ovocitos heterólogos. Los otros dos gemelos presentan una historia neonatal del todo normal.

En las primeras horas de vida no se presentan datos importantes: porque no están presentes, además de la prematuridad, otros factores de riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal, se llevan a cabo los controles normales rutinarios de nivel de bilirrubina en la sangre cada 12-24 horas.

La bilirrubinemia repentinamente sube de 8 mg/dl (a 64 horas de vida) a 18 mg/dl (a 72 horas de vida), obligando a los neonatólogos a iniciar la fototerapia intensiva. No obstante esto, después de sólo una hora, la bilirrubina alcanza 20 mg/dl y por tanto se avisa al banco de sangre para la ejecución de una exanguinotrasfusión de emergencia, que aporta una reducción de alrededor del 50% de la bilirrubinemia. En el examen objetivo el neonato presenta grave hipertonia, opistótonos y rebote bilirrubinémico post-exanguinotrasfusión por lo cual se hace necesario realizar una segunda intervención de exanguinotrasfusión con el cual se obtiene una reducción del 72% de la bilirrubinemia. Por desgracia, las condiciones neurológicas empeoran y el neonato presenta también apneas recurrentes y convulsiones, por un patrón EEG patológico en las áreas temporales.

Se hace así necesaria la transferencia a Terapia Intensiva Neonatal y la sedación profunda del bebé. Sólo en este punto los padres informan a los neonatólogos que el embarazo había sido obtenido por medio de fecundación heteróloga. En los días siguientes el neonato se recupera lentamente del estado crítico y es dado de alta después de 48 días de internamiento. El ecodoppler cerebral a un mes de vida muestra hipereconogenicidad bilateral del núcleo caudado y el seguimiento multidisciplinar, a un año de vida, evidencia sordera profunda, hipertonía y un daño neurológico globalmente considerado de entidad moderada.

Consideraciones sobre el caso

Las técnicas de FA heteróloga por donación de ovocitos o espermatozoides son normalmente propuestas después de fracasos repetidos de inseminaciones o fecundaciones *in vitro* o micromanipulaciones (Icsi) con gametos de la pareja solicitante (FA homóloga) o en caso de edad ya no fértil de la mujer, o de mujeres solas o parejas de homosexuales.

La posición de los diferentes países y las respectivas reglamentaciones en materia de donación de gametos para obtener una fecundación heteróloga es bastante variada. La donación de esperma para la FA está prohibida, por ejemplo, en Austria, Alemania, Italia, Túnez y Turquía. Está, sin embargo, permitida en 23 países, con algunas restricciones acerca de la proveniencia, la identidad del donador (anónimo o conocido) y los destinatarios. La donación de ovocitos para la FA está prohibida por ley en Austria, Alemania, Italia, Noruega, Suecia, Túnez y Turquía, mientras está permitida en otros 21 países, siempre con específicas condiciones, diferentes de país a país.⁸

Uno de los aspectos más discutidos es, como ya se decía, aquel inherente a las consecuencias del anonimato y de la secrecía, sobre el bienestar de la prole obtenida con técnicas de FA heteróloga, si bien son consideradas exclusivamente desde el punto de vista del bienestar psico-social.⁹ El secreto y el anonimato son normalmente garantizados sólo por motivos ligados a la atribución de paternidad y maternidad, pero también por motivo de las informaciones confidenciales que son recabadas en torno al donador (su historia médica y la de su

familia), y que representan datos sensibles, por ejemplo los datos (aún genéticos) obtenidos con los procedimientos de *screening*. La necesidad de efectuar un *screening* en los donadores de gametos está motivada por la intención de excluir lo más posible la transmisión de infecciones o enfermedades hereditarias, y garantizar así “el mejor” gameto posible. Los programas de *screening* pueden variar ampliamente de país a país, siguiendo protocolos no uniformes en los diversos centros de salud.

En 2006, la American Society for Reproductive Medicine y la Society for Reproductive Technology han publicado líneas guía actualizadas para la donación de gametos:¹⁰ en estas recomendaciones el examen cromosómico rutinario de los donadores es considerado opcional y, de algún modo, es contemplado sólo para el *screening* de los donadores de esperma y no de ovocitos. El *screening* para la fibrosis quística es el único test recomendado para todo donador además de ello no se expresa ninguna sugerencia para la individualización de otras enfermedades hereditarias, incluidas aquellas anomalías genéticas fenotípicamente no evidentes al momento de la donación. También la Sociedad Andrológica Inglesa no ha proveído ninguna recomendación para reducir el riesgo de enfermedades hereditarias¹¹ y sus líneas guía están focalizadas sólo sobre la eventual transmisión de enfermedades infecciosas. Por este motivo han sido ampliamente criticadas.¹²

Las situaciones potencialmente peligrosas están representadas por un amplio número de condiciones hereditarias, que no están, por tanto, relacionadas en los protocolos de *screening*. Está, también, fuera de toda duda que incluso el mejor protocolo de *screening* para los donadores de gametos puede revelar sólo una parte del riesgo genético para el que está por nacer: este riesgo puede no ser previsible, pero no debe desestimarse.

En el caso que hemos tomado en consideración, el riesgo no previsible es representado por una enfermedad muy difusa y raramente grave, responsable de graves consecuencias para el neonato que se ve afectado.

El déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PD) puede tener una incidencia del 10% en la población masculina en algunas áreas geográficas.¹³ Esta enfermedad no está obviamente relacionada

en las líneas guía arriba citadas y, además, no todos los países en los cuales está difundida disponen de un programa de *screening* o de diagnóstico precoz en la población. A esto se añade que el anonimato de los padres biológicos en el caso de FA heteróloga hace imposible una anamnesis cuidadosa que puede ser, de hecho, el único medio para estimar el riesgo del no nacido para una dada patología, en el caso de que un *screening ad hoc* no sea posible.

El déficit de G6PD causa anemia y crisis hemolítica, y representa un factor de riesgo para el surgimiento y el avance severo de la hiperbilirrubinemia neonatal y de su consecuencia más dramática, la encefalopatía bilirubínica, llamada también “kernicterus”. Este último no es hoy tan común como en el pasado, si bien un cierto recrudescimiento ha impelido a los neonatólogos a declarar que “su espectro ronda nuevamente”.¹⁴

A causa de que la enfermedad del neonato ya no es tan común como en otro tiempo, los principales factores de riesgo para el kernicterus son otras enfermedades hematológicas neonatales (por ejemplo: los defectos de la membrana eritrocitaria, o los defectos enzimáticos de los eritrocitos) y ciertos co-factores que influyen en el paso de la bilirrubina a través de la barrera hemato-encefálica (por ejemplo: nacimiento prematuro, asfixia perinatal, otras co-morbilidades).¹⁵ En particular, el nacimiento prematuro representa un reto importante para los neonatólogos que cada vez más frecuentemente deben intervenir sobre recién nacidos fuertemente prematuros, y el mismo nacimiento pretérmino es más común en los embarazos obtenidos con la FA.¹⁶

Cuantificar el riesgo y prever la hiperbilirrubinemia neonatal grave no es, en general, fácil y es hoy posible sólo para neonatos de término o casi de término.¹⁷ La hiperbilirrubinemia neonatal reconoce, de hecho, una etiología multifactorial y la presencia contemporánea de más factores de riesgo puede determinar el alcanzar valores bilirrubinémicos inesperadamente altos, aún cuando los datos anamnéticos no evidencien un riesgo aumentado.

En nuestro caso la desafortunada coincidencia se ha vuelto realidad. Si los neonatólogos hubiesen sabido que los ascendientes del neonato estaban afectados o eran portadores del déficit de G6PD, el control de los valores de bilirrubinemia hubiese sido efectuado a in-

tervalos más breves respecto a la normal rutina asistencial. Al contrario, el neonato presenta valores de bilirrubinemia absolutamente tranquilizantes hasta la 72a hora de vida; desde aquel momento se ha asistido a su inesperado y, por largo tiempo, inexplicable incremento y al rápido sucederse de los eventos. En esta situación la asistencia neonatológica ha sido –y debía ser– dirigida *in primis* a reducir con todos los medios la bilirrubinemia para limitar así el daño neurológico.

Al surgir la emergencia descrita, los neonatólogos –que se ocupaban del caso– no tenían y no podían tener idea del origen de tal emergencia, y no era ni siquiera posible imaginar que el embarazo se hubiese originado por una FA heteróloga, efectuada más allá de las fronteras italianas. En el curso de los primeros días del internamiento fueron indagadas, sin éxito positivo, las causas comunes de hiperrubilemia neonatal grave y sólo después los padres informaron a los médicos acerca de la técnica de FA efectuada. La causa de esta grave e inesperada, además de aparentemente inexplicable, hiperrubilemia, fue aclarada sólo al 20º día del internamiento a través del análisis del Dna que mostró la presencia de la mutación “Mediterránea” (la más común en Europa) del gen responsable de la G6PD; los otros gemelos resultaron hemigigóticos por la misma mutación. Por cuanto resulta evidente de un análisis atento de la literatura, este es el primer caso de kernicterus ocurrido en Italia y debido al déficit de G6PD, desde el lejano 1959.¹⁸ Es también verdad, sin embargo, que en Italia el *screening* para esta enfermedad no se realiza en todas las regiones. Algunos puntos de reflexión se revelan, por tanto, útiles.

¿Cuál es el riesgo para la prole derivante de una FA heteróloga? A aquellos ya existentes en una FA homóloga, la ejecución de fecundación en forma heteróloga agrega los riesgos que, desafortunadamente, son casi imposibles de cuantificar incluso hipotizando la existencia de las mejores (ideales) líneas guía. De hecho, en ningún caso todas las enfermedades transmisibles al feto pueden ser diagnosticadas precozmente, e incluso la más común y menos grave puede, en casos particulares, llevar a consecuencias catastróficas.

¿Cuán relevante es el anonimato de los padres biológicos para los neonatólogos y los pediatras? El secreto y el anonimato de los padres biológicos son problemas emergentes para estos especialistas. Se trata

de un aspecto que asume mayor importancia sobre todo donde la FA heteróloga está por fortuna prohibida: la elección de algunas parejas de practicar este tipo de fecundación en el extranjero hace del todo variado e imprevisible el *background* étnico de los concebidos. La absoluta ignorancia de informaciones importantes es potencialmente peligrosa por diversas condiciones clínicas, que podrían ser –por el contrario– correctamente gestionadas sólo a través de una cuidadosa recolección de datos anamnésicos. La ausencia de tales datos no podrá nunca ser remplazada por un adecuado número de *tests* en el donador de gametos. Es necesario también reconocer que es prácticamente imposible para los médicos considerar cada condición hereditaria en los pequeños pacientes y que, frecuentemente, las manifestaciones clínicas en edad neonatal pueden surgir imprevistamente y constituir una verdadera emergencia médica.

¿Cuáles son las posibles consecuencias de la FA heteróloga en términos de salud pública? En el momento en que la FA heteróloga se volviese más difundida, los aspectos discutidos –relacionados con el caso particular descrito– podrían multiplicarse sobre amplia escala y constituir un problema relevante de salud pública. Una significativa franja de la población sin disponibilidad de datos anamnésicos implica, inevitablemente, serias dificultades también para la gestión clínica ordinaria de los problemas comunes sobre todo en edad pediátrica y en medicina de urgencias. El impacto del anonimato de los padres debe ser, por tanto, considerado en relación a sus posibles efectos sobre el comportamiento de los niños, sobre su bienestar y sobre su psicología del desarrollo: la separación entre identidad biológica e identidad social puede constituir un problema serio no sólo para los aspectos psicológicos, sino también para aquellos físicos y clínicos. Probablemente se ha depositado una falsa esperanza en los programas de *screening* para los donadores: ningún *screening* será suficientemente cuidadoso para poder excluir la eventualidad de transmitir toda enfermedad hereditaria. Por el contrario, ningún médico puede manejar y prever cualquier problema clínico sin algunas informaciones básicas.

¿Existen aspectos socio-económicos por considerar? Puesto que la FA heteróloga puede tener costos considerables, su impacto económico es objeto de amplia discusión en la literatura.¹⁹ Es importante

subrayar que no sólo la técnica *per se* y la asistencia materna son costosas, sino también la asistencia neonatal puede comportar elevadísimos costos y debería por tanto ser considerada en este balance. Un día de hospitalización en Terapia Intensiva Neonatal es probablemente el servicio más costoso ofrecido en un hospital, en términos de personal, tecnología, medicinas, etc. El neonato del cual hemos discutido su situación clínica, ha estado hospitalizado en el Policlínico Universitario “A. Gemelli” durante 48 días, la mayor parte de los cuales transcurridos en la unidad de Terapia Intensiva Neonatal, mientras las otras gemelas, no afectadas por déficit de G6PD, han tenido una estancia más breve, por otra parte sin ninguna necesidad de terapia intensiva. Es paradójico que, mientras se multiplican los esfuerzos para reducir la necesidad de asistencia intensiva para los neonatos (uso de esteroides prenatales, progesterona, monitoreos fetales intrauterinos), se olvida que la ejecución de la FA heteróloga puede conducir exactamente en la dirección opuesta. De hecho, también los neonatos supervivientes a graves problemas en el nacimiento pueden después requerir posteriormente asistencia especial con el fin de mejorar su calidad de vida, de acuerdo con el *outcome* presentado (en el caso en examen, la sordera). Con la actual carencia de recursos financieros y clínicos sería necesario tener presente también estos aspectos.

¿Cuáles son las opciones disponibles para los médicos y los pacientes que se encuentran en situaciones similares a aquella descrita en nuestro caso? Teniendo presente las graves implicaciones éticas, sociales y jurídicas del recurso a la FA heteróloga, el médico –ahí donde la pareja manifieste tal deseo– debe dar claras informaciones acerca de las posibles consecuencias ligadas a tal procedimiento y a la imposibilidad de conocer el *background* genético. Está demás fuera de duda que los riesgos y la misma ignorancia sobre las posibles consecuencias médicas para la prole deben ser cuidadosamente discutidas y explicadas a la pareja: esto podría representar también un fuerte disuasivo para un posible “turismo procreativo” de aquellos países que –como Italia– han prohibido en modo juicioso la FA heteróloga. Se trata, por tanto, de conducir un adecuado *counselling*, obligatorio de un punto de vista deontológico. ¿Qué médico callaría, en efecto, si debiese responder a las preguntas de una pareja portadora de mutacio-

nes de la α -talasemia? Neonatólogos y ginecólogos no deberían tener problemas al admitir qué cosa no pueden predecir o medir con exactitud, y tal límite no debería nunca desanimar un correcto y cuidadoso *counselling prenatal*. Desde un punto de vista estrictamente post-natal (es decir, para los neonatólogos y los pediatras) desgraciadamente no hay opciones disponibles para mejorar la asistencia de un bebé nacido de una FA heteróloga, en especial cuando este sea mantenido en secreto. No obstante, saber que nos encontramos frente a un embarazo obtenido a través de una FA heteróloga es ciertamente importante, como queda demostrado por el caso ilustrado. El conocimiento de este dato permitiría una asistencia clínica más cuidadosa, aunque no permita excluir toda enfermedad transmisible a la prole. Dado que los neonatólogos y los pediatras deben manejar problemas relacionados a un acto médico del pasado, ellos solamente pueden tratar de afrontar el problema sin predecirlo o intentar eliminarlo.

Conclusiones

Una amplia discusión en torno a las posibles consecuencias de la FA heteróloga se vuelve hoy sumamente urgente. La comunidad médica internacional no puede sacrificar la salud de los neonatos simplemente para dar a toda costa una respuesta al deseo de las parejas de tener hijos.

Una excesiva confianza mal depositada en la tecnología médica puede llevar a resultados más catastróficos de cuanto se pueda imaginar. Cuando una pareja recurra a la FA heteróloga el derecho al secreto y al anonimato de los donadores debería ser balanceado con el derecho del que está por nacer a tener una identidad, y con la necesidad del médico de disponer de algunas informaciones básicas para asegurar la óptima asistencia a los neonatos. Esto significa, en la práctica, balancear secreto y anonimato con la salud y la vida de los bebés, ya expuesta a grave riesgo por el mismo recurso a una técnica de FA, por añadidura incluso heteróloga.

Referencias bibliográficas

¹ Mancini A, Grande G, Festa R y Al. *Nuovi problemi derivanti dall'impiego delle tecniche di fecondazione artificiale*. Medicina e Morale 2006; 4: 719-740.

² Para una amplio tratamiento del tema: Casini C, Casini M, Di Pietro ML. *La legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"*. Commentario. Turín: Giappichelli; 2004. Se vea en particular la segunda parte. *Profili medici*, alle pp. 289-383.

³ De Luca D, Virdis A, Di Pietro ML y Al. *Heterologous assisted reproduction and G6PD deficiency: the unlucky coincidence reveals an ethical dilemma*. Journal of Maternal-Fetal e Neonatal Medicine 2008; 21 (4): 219-222.

⁴ Daniels K. *Donor gametes: anonymous or identified?* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007; 21(1): 113-128.

⁵ Sheeab D, Duff J, Pasch LA y Al. *How parents whose children have been conceived with donor gametes make their disclosure decision: contexts, influences, and couple dynamics*. Fertility and Sterility 2008; 1: 179-187; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Informing offspring of their conception by gamete donation*. Fertility and Sterility 2004; 3: 527-531; Shenfield F. *Privacy Versus Disclosure in Gamete Donation: A Clash of Interest of Duties, or an Exercise in Responsibility?* Journal of Assisted Reproduction and Genetics 1997; 7: 371-373; Fiori A. *Contro la fecondazione eterologa*. Medicina e Morale 1997; 2: 241-266; Daniels KR, Lewis GM, Gillett W. *Telling donor insemination offspring about their conception: the nature of couple's decision-making*. Soc Sci Med. 1995; 40: 1213-1220.

⁶ Sobre este aspecto, que presenta también importantes repercusiones del punto de vista médico, se vea el cálculo probabilístico conducido por C. Wang y colegas (Wang C, Tsai MY, Lee MH y Al. *Maximum number of live births per donor in artificial insemination*. Hum Reprod. 2007; 22 (5): 1336-1372).

⁷ Grady D. *As the use of donor sperm increases, secrecy can be a health hazard*. The New York Times 2006, June (acceso del 22.07.2008 en: http://www.nytimes.com/2006/06/06/health/06opin.html?_r=1&adxnlnx=1216746803-j8v0RsulniyTnmXnIJsJzw&oref=slogin).

El artículo de D. Grady toma pie del "Caso Michigan" publicado por el *Journal of Pediatrics* como estudio dirigido a individualizar la hereditabilidad de la neutropenia congénita severa (una rara enfermedad hematológica asociada a graves infecciones y al riesgo de evolución en leucemia) en 5 bebés nacidos en cuatro diversas familias que habían recibido el esperma de un mismo donador anónimo (Boxer LA, Stein S, Buckley D y Al. *Strong evidence for autosomal dominant inheritance of severe congenital neutropenia associated with Ela2 mutations*. The Journal of Pediatrics 2006; 148: 633-636; Boxer LA. *Severe congenital neutropenia: genetics and pathogenesis*. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2006; 117: 13-32).

⁸ Para una panorámica más amplia en torno a la situación en los diversos países se reenvía al estudio de la International Federation of Fertility Societies. *Iffs Surveillance 07*, publicado en Fertility and Sterility 2007; 87 (4, suppl. 1). Se vea en particular la sección *Chapter 8: Donation*, en las pp. S28-S32. Para una visión de conjunto sobre la situación europea se vea el estudio de J.G. Schenker: Schenker JG. *Assisted reproduction practice in Europe: legal and ethical aspects*. Human Reproduction Update 1997; 3 (2): 173-184.

⁹ Shenfield F, Steele SJ. *What are the effects of anonymity and secrecy on the welfare of the children in gamete donation?* Hum Reprod. 1997; 12: 392-395. Lycett E, Daniels K, Curson R y Al. *Offspring created as a result of donor insemination: a study of family relationships*,

child adjustment, and disclosure. Fertil Steril. 2004; 82: 172-179.

¹⁰ Practice Committee of the American Society for Reproductive medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. *2006 Guidelines for gamete and embryo donation.* Fertil Steril. 2006; 86 (supl. 4): S38-S50.

¹¹ British Andrology Society. *British Andrology Society Guidelines for the screening of semen donors for donor insemination.* Hum Reprod. 1999; 1823-1826.

¹² Liesnard C, Strebelle E, Englert Y. *Screening standards in assisted reproductive technologies. Is the British Andrology Society recommendation to recruit cytomegalovirus negative semen donors only, a reasonable one?* Hum Reprod. 2001; 16: 1789-1791.

¹³ Frank JE. *Diagnosis and management of G6PD deficiency.* Am Fam Physician. 2005; 72:1277-1282.

¹⁴ Hansen TW. *Kernicterus in term and near-term infants – the spectre walks again.* Acta Paediatr. 2000; 89: 1155-1157; Kaplan M. *Understanding severe hyperbilirubinemia and preventing kernicterus: adjuncts in the interpretation of neonatal serum bilirubin.* Clin Chim Acta. 2005; 356: 9-21.

¹⁵ Kaplan. *Understanding severe hyperbilirubinemia...*

¹⁶ Allen C, Bowdin S, Harrison RF y Al. *Pregnancy and perinatal outcomes after assisted reproduction: a comparative study.* Irish Journal of Medical Science 2008; Jun 3 (Epub ahead of print).

¹⁷ Romagnoli C, De Luca D, Zuppa AA y Al. *Could early serum bilirubin measurement be useful in predicting non physiologic hyperbilirubinemia?* Ital J Pediatr. 2005; 31: 52-60; American Academy of Pediatrics. Sub-Committee on Hyperbilirubinemia. *Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation.* Pediatrics 2004; 114: 297-316.

¹⁸ Segni G. *Su due casi di ittero nucleare in neonati con difetto della glucoso-6-fosfato deidrogenasi.* Min Pediatr. 1959; 11: 1420-1426.

¹⁹ Kelly J, Hughes CM, Harrison RF. *The hidden costs of IVF.* Ir med J. 2006; 100: 142-143.



Facultad de Bioética

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de la XIII generación de su Maestría en Bioética la cual dará inicio el 15 de enero de 2009.

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

Requisitos de admisión:

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

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

Fecha límite para la entrega de documentos: 28 de noviembre de 2008

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

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

Fecha límite para efectuar el pago en la caja: 7 de enero de 2008

PROGRAMA DE ESTUDIOS

La maestría se cursa en cuatro semestres con quince semanas de clases c/u y con nueve horas de clase por semana los días jueves de 07:00 a 16:00 hrs.

Primer Semestre

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

Segundo Semestre

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

Tercer Semestre

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

Cuarto Semestre

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

El costo por semestre es de aproximadamente. \$ 23,000.00 dividido en 5 pagos mensuales.

Informes:

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



ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE BIOÉTICA

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

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

BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA

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

CUOTAS DE INGRESO

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

FORMAS DE PAGO

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

(Banco Santander Mexicano. Suc. Interlomas).

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

MAYORES INFORMES

Lic. Martha Hamill de Correa

Coordinadora General de APABE Sede Nacional

Teléfono (55) 5251 82 93

E mail: ehamill@anahuac.mx

www.apabe.org

MEDICINA Y ÉTICA

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

Formulario de suscripción / Order form:

Nombre/Name: _____
Institución/Institution _____
Dirección/Address: _____

Ciudad-País/City Country: _____
Código Postal/Zip Code: _____
Teléfono/Telephone: _____
Fax/fax: _____
Correo electrónico/E-mail: _____

Suscripción/Subscriptions Rates

Suscripción/Subscription		Números Anteriores/Previous numbers
México/Mexico:	\$ 150.00	\$ 50.00
América Latina/Latin America:	\$ 75.00 U.S. Dlls.	\$ 25.00 U.S. dlls
Otros países/Other countries	\$ 85.00 U.S. Dlls.	\$ 30,00 U.S. dlls

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

Desde México/From México

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

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

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

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

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

Este libro se terminó de imprimir en abril de 2009,
en los talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.
Tiraje 500 ejemplares