

Medicina y Ética

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica



MÉXICO NORTE

VOLUMEN XXII

NÚMERO I

2011 / 1

ENERO - MARZO

ISSN 0188-5022

Medicine among *métis*, *phrónesis* and *téchne*

Fernando Rosa, Alessandra Parodi

La indisponibilidad de la vida humana en la perspectiva del Bioderecho

Marina Casini

El neonato: un apátrida moral

Carlo V. Bellieni

Las espaldas de los médicos son anchas,
«pero no tanto»

Enrique Villanueva Cañadas

Asesoramiento al farmacéutico por centros de información de medicamentos dependientes de corporaciones oficiales en España, como ayuda a su ética profesional

Carlos del Castillo Rodríguez

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac, México Norte

Centro Di Ateneo Di Bioetica
Facoltà di Medicina Chirurgia "Agostino Gemelli"
Università del Sacro Cuore Roma

**Facultad de
Bioética**

Red de Universidades
Anáhuac

MEDICINA Y ÉTICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Editor responsable: Dr. Óscar J. Martínez González
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
Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac
Huiquilucan, Edo. de México. C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)
Email: chamill@anahuac.mx

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Ateneo di Bioetica Facoltà di Medicina Chirurgia "Agostino Gemelli"
Università del Sacro Cuore, Roma
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.

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 SI:POMEX.

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 XXII NÚMERO 1 ENERO-MARZO DEL 2011

MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

Italia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Lorenzo Ornaghi, Luigi Alici, Leonardo Antico, Sergio Belardinelli, Adriano Bompiani, Carlo Cafarra, Ignacio Carrasco de Paula, Carlo Casini, Numa Cellini, Roberto Colombo, Francesco D'Agostino, Giuseppe Dalla Torre, Maria Luisa Di Pietro, Luciano Eusebi, Maurizio P. Faggioni, Luke A.J. Gormally, John Haas, Gonzalo Herranz, Michele Lenoci, Gonzalo Miranda, Hugo O.M. Obligio, Laura Palazzani, Edmund D. Pellegrino, Adriano Pessina, Angelo Serra, Antonio G. Spagnolo, Dionigi Tettamanzi, Patricio Ventura-Juncá, Juan de Dios Vial Correa, Enrique Villanueva, Dietrich Von Engelhardt, Helen Watt.

México

Director responsable:

Dr. Óscar J. Martínez González

Director:

Mtro. Carlos Lepe Pineda

Coordinador Editorial:

Dra. Martha Tarasco Michel

Traductor:

Lic. Jesús Quiriarte

Composición tipográfica:

Paideia Empresarial

Comité Editorial:

Dr. Evandro Agazzi, Dr. Rafael García Pavón,

Dr. Javier Marcó Bach, Dra. Myriam Altamirano Bustamante, Dr. Ramiro Alonso Pando,

Dr. Samuel Weingerz Mehl, Dra. Lourdes Velázquez González.

ÍNDICE

EDITORIAL.....	7
Medicine among <i>métis</i> , <i>phrónesis</i> and <i>téchne</i> <i>Fernando Rosa, Alessandra Parodi</i>	13
La indisponibilidad de la vida humana en la perspectiva del Bioderecho <i>Marina Casini</i>	33
El neonato: un apátrida moral <i>Carlo V. Bellieni</i>	53
Las espaldas de los médicos son anchas, «pero no tanto» <i>Enrique Villanueva Cañadas</i>	63
Asesoramiento al farmacéutico por centros de información de medicamentos dependientes de corporaciones oficiales en España, como ayuda a su ética profesional <i>Carlos del Castillo Rodríguez</i>	75

EDITORIAL

Este primer número del año 2011 está orientado a dos tipos de artículos: dos de ellos se refieren a la exposición y análisis de problemas concretos, y tres son artículos de análisis de fondo. Pero este es el quehacer de la Bioética: análisis de casos concretos en cualquiera de las disciplinas que intervienen en esta área del conocimiento. E investigaciones que pueden ser aplicadas a otros temas.

Dentro del primer grupo de artículos sobre problemas concretos se ha publicado un artículo novedoso, tanto por tema, como por la propuesta que el autor, Dr. Carlos del Castillo Rodríguez catedrático de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica, de la Universidad Complutense de Madrid. El autor observa que en el mundo farmacéutico hay exceso de regulaciones jurídicas. El farmacéutico, como profesional sanitario debería de conocerlo con el detalle suficiente, pero en muchas ocasiones no se logra así. Por ello el autor propone centros de información de medicamentos (colegiales), que pongan a disposición del farmacéutico cualquier tipo de duda que le pueda surgir entorno al medicamento.

El inicio de la vida suele estudiarse desde los avances médicos o bien, desde los dilemas éticos previos al nacimiento. Sin embargo, los dilemas que surgen en torno al niño recién nacido, suelen ser diferentes que los de otros momentos de la vida infantil. Básicamente se debe a que el neonato es aún más frágil que en su condición intrauterina porque ya no cuenta con la protección materna. Carlo V. Bellieni, neonatólogo de Siena, explica en su artículo que la aproximación ética al tratamiento del neonato es diferente de la del adulto en tres campos: la reanimación, el tratamiento del dolor, y la ejecución de estudios científicos. Esto depende en buena parte de un diverso estado moral del neonato, que podemos llamar de “apátrida moral”, un estado en el cual todavía —explícita o implícitamente— no son reconocidos al bebé nacido plenos derechos.

Si bien pertenece ya al segundo grupo de artículos de fondo, de donde pueden deducirse reflexiones generales aplicables a otros temas, el trabajo de Villanueva Cañadas, catedrático de Medicina Legal, académico de Número de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, puede considerarse un artículo que también es sobre un tema puntual. Ya que en un modo muy irónico y divertido toma en consideración los aspectos controversiales de la Nueva Ley de Aborto en España (5 de Julio 2010) que autoriza a las mujeres menores de edad, 16 y 17 años que deciden abortar a no informar a sus padres. Pero además analiza la Objeción de Conciencia de los médicos, así como plantea de una manera sutil los cambios sociales, y la relación entre la verdad y el bien de una ley, así como de la propia sociedad. Esto último permite considerar este artículo más allá de una mera crítica a una decisión gubernamental unilateral, ya que proporciona elementos de juicio aplicables a otras temáticas.

María Casini, investigadora del Instituto de Bioética, de la Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, expone el dilema biojurídico de la disposición de la vida, por decisión propia, que va en contra de toda norma jurídica al respecto de la vida ajena. En el delicado y complejo ámbito del “fin de la vida”, si la muerte es el límite inexorable de la existencia, es necesario también saber armonizar el principio de autodeterminación y el principio del “no causar la muerte” fundado sobre el reconocimiento de la igual dignidad del vivir. El principio de “no matar”, o bien “no causar la muerte”, es analizado haciendo evidente que la vida humana propia se vuelve disponible cuando se valora negativamente. Por último, Rosa, médico General, de Savona, y Parodi, investigador en Filosofía de la Ciencia de la Universidad de Heidelberg, presentan un interesante y profundo análisis epistemológico sobre el estatuto de la medicina como ciencia y conocimiento así como arte y actividad. Para ello decidieron apoyarse en el marco conceptual helénico de *phrónesis* (prudencia), *métis* (ingenio) y *téchne* (habilidad). Y observan cómo, además, requiere de unos valores y una interrelación afectiva entre el médico y el paciente.

Dra Martha Tarasco MD PhD
Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac

Criterios para los colaboradores de “Medicina y Ética”

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

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

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

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

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

**Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Dra. Martha Tarasco Michel, Coordinador Editorial
Apartado Postal 10 844
C.P. 11000, México, D.F.
Email: mtarasco@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.

Medicine among *métis*, *phrónesis* and *téchne*

Fernando Rosa,¹ Alessandra Parodi²

Resumen

La Medicina a través de *métis*, *phrónesis* y *téchne*

El complejo estatuto de la medicina como ciencia/conocimiento y arte/actividad es discutida por medio de los conceptos griegos de *phrónesis* (prudencia), *métis* (ingenio) y *téchne* (habilidad). Más allá, argumentamos que la medicina, como actividad práctica pero asimismo como forma de conocimiento, no puede ser ejercida más que en una red de valores y relaciones humanas.

Summary

Medicine among *métis*, *phrónesis* and *téchne*

The complex status of medicine as science/knowledge and art/activity is discussed by means of the Greek concepts of *phrónesis* (prudence), *métis* (cunning) and *téchne* (skill). Moreover, we argue that medicine, as a practical activity but also as a form of knowledge, cannot but operate in a net of values and human relations.

¹ Medico General, Azienda Sanitaria Locale 2 "Savonese", Savona.

² Doctor e investigador en Filosofía de la Ciencia, Universidad de Heidelberg, Alemania (e-mail: rosafem@tiscali.it).

Palabras clave: Phrónesis, téchne, diagnóstico, méti; medicina basada en evidencias, conocimiento casuístico, ciencia, arte, valor.

Key words: Phrónesis, téchne, diagnosis, méti, Evidence Based Medicine (EBM), casuistic knowledge, science, art, values.

Introducción

Since the western Antiquity, the status of medicine has been swinging between that of a science and that of an art. Today's medicine seeks increasingly to establish itself as a science in the strong sense of *episteme* as it was defined in the classical philosophical tradition. The scientificity of medicine, like that of other empirical sciences, bases upon the experimental method, which was and is used to define pathogenic and physiological causal mechanisms of disease.

During the last 15 years, in particular, many efforts have been made to found scientifically even clinical medicine, a field that seemed to be far away from the requests of scientificity raised for medicine as a whole. To this aim, the Evidence Based Medicine (EBM) movement holds that diagnostic and therapeutic measures have to base uniquely upon results of controlled clinical trials, which must in their turn, be led with adequate statistical methods. Guidelines should originate from such studies and act as series of constraints for the practice of clinicians.

On the other hand, the complexity and variability in time of medicine as a discipline allow to frame medical practice as a practical knowledge characterized by a particular focus on individuals. Even if one considers medicine as a science in the strong sense, one must own that there are strong differences between medical theory and practice: it is often difficult to apply general conclusions to particular cases. Therefore, a certain dualism is to be found in most medical handbooks. It is a commonplace that the practice of medicine is an association of science and art. The first words in

Cecil Medicine 2007 are: “Medicine is a profession that incorporates science and scientific method with the art of being a physician” .¹

Then, what kind of knowledge and activity is medicine? First, it is possible to distinguish between medicine as biomedical research (with marked science-characters) and medicine as a practical activity aimed at treating and healing diseased persons (what emphasizes its art-character). Furthermore, it is possible to take into consideration a model capable to overcome the science-art-dualism through suggestions from ancient philosophy.

Aristotle makes a distinction between a theoretical philosophy, aimed at the truth and encompassing science, and practical philosophy, aiming at action.² The soul is in its turn divided in two parts: scientific or “strong” reason (*epistemonikón*) and calculative reason (*logistikón*). To each part correspond different virtues.

“Let us begin again, then, and discuss these states of soul. Let us assume that there are five ways in which the soul arrives at truth by affirmation or denial, namely, skill (*téchne*), scientific knowledge (*episteme*), practical wisdom (*phrónesis*), wisdom (*sophia*), and intellect (*nous*); for supposition (*upólepsis*) and belief (*dóxa*) can be mistaken”.³

From 1960 onwards Aristotle’s practical philosophy has been rediscovered particularly in Germany: Hans Georg Gadamer considered it as a precursor of hermeneutics, the dialogic meeting between texts and persons and between persons. Likewise, Jonson and Toulmin⁴ in *The Abuse of casuistry* adopt the Aristotelian distinction between theoretical and practical arguments. The first are typical for the syllogistic way of thinking: they consist of major premises (axioms) and minor premises (particular cases) and conclusions are reached by deduction. On the other hand, practical arguments are characterized by the comparison between particular cases (minor premises) and precedents (major premises). Conclusions are derived from these comparisons; they can be valid or invalid according to the particular circumstances; therefore, unlike the deduction case, they are not universally valid. Toulmin regards

geometry as a prototype of theoretical activity and medicine as a prototype of practical activity, because in his view practical procedures make out the core of medicine, insofar as medicine aims at modifying situations. It is normal in medical activity to refer to “typical cases”: handbooks of internal medicine present classical descriptions of symptoms which lead physicians to compare their patients’ symptoms with them. In Toulmin’s view, practical activities belong to the sphere of *phrónesis* (prudence) as it is presented and discussed by Aristotle in the *Nicomachean Ethics*. *Phrónesis*, which for Aristotle is encompassed in practical philosophy and not identical with it, is a tool for making decisions in view of a good goal and is combined with the capacity of forecasting results.⁵

“No one deliberates about what cannot be otherwise, or about things he cannot do. So, if scientific knowledge involves demonstration, but there is no demonstration of anything whose first principles can be otherwise (since every such thing might be otherwise), and if one cannot deliberate about what is necessary, then practical wisdom cannot be scientific knowledge. Nor can it be skill. It is not scientific knowledge because what is done can be otherwise; and it is not skill because action and production are generically different”.⁶

According to Jonson and Toulmin, physicians rely on *phrónesis* in the clinical encounter: “Clinical knowledge requires what Aristotle calls prudence or *phrónesis*: practical wisdom in dealing with particular individuals, specific problems, and the details of practical cases or actual situations. A working doctor does not rely only on a general understanding of diseases (nosology) and their treatment (therapeutics). A knowledge of medicine in general may be of no practical value in the absence of two more particular skills: the ability to recognize any particular patient’s problems, as they present themselves here and now, and also to be able to treat them promptly and responsively, as they take their course”.⁷

Toulmin’s assimilation of practical medical decision processes with *phrónesis* has been as expected strongly criticized. For example,

Waring⁸ refers to the Aristotelian definition of *téchne* as a series of actions aiming at producing a result and holds that *phrónesis* does not suffice to produce a result in the medical case, typically health. In his view, health is a product of the specific medical art, while *phrónesis* is a good habit of character aiming at the good life. In this sense, *phrónesis* is a welcome component of the bioethical discourse but possessing it is not sufficient to be a good physician.

But the main problem in trying to define medical activity is not, as we believe, evaluating the more or less perfect fitting of the Aristotelian definition of *phrónesis* with medical activity; it is a matter of interpretation which lies outside our scope. Rather, it seems advisable to make use of helpful analogues (one or more) to single out some basic sides of medicine. In her treatment of scientific analogies, Mary Hesse⁹ states that it is possible to distinguish between positive analogies (character shared by both terms of the analogy), negative analogies (a character is present in just one of the terms) and neutral ones (it is uncertain whether a character is positive or negative). In all three cases analogy shows itself as a useful tool.

Therefore, working analogically, we will apply three models of intellectual activity from Greek philosophy to medicine. Starting from Aristotle, we will examine the already mentioned *téchne* and *phrónesis*; moreover, we will take into consideration a further type of intellectual activity, *métis*, searching for similarities and differences between them. In this way we will consider whether

Métis

In the Greek tradition we find a particular, even if never explicitly defined, form of understanding, *métis*. It is applied when one has to make decisions in the sphere of the future and of uncertain situations, particularly when a decision is urgently required. Since situations in the world can change in a multiplicity of ways, it is

necessary to forecast their possible development to control them. In other words, an efficient decision requires a ready understanding of the relevant conditions. A basic character of *métis* is therefore its time horizon. Unlike episteme, *métis* works on a extremely unstable and changing time dimension. Another aspect of *métis* is its versatility. In the Odyssey, Ulysses is the hero which owns it to a high degree. Ulysses is often described as *polymétis*, i.e. shrewd and crafty. Thanks to this quality he is able to cope successfully with the most diverse dangerous and difficult situations.

Sometimes, in Homer, *métis* is negatively connoted as a form of cunning opposite to authentic bravery during military actions or exercises. For example, during a horse race in the frame of the funeral games for Patroclus, Antilochos causes Menelaos to brake by barring his way with his cart; Antilochos wins the game although his horse is weaker than Menelaos' one (Il. XXIII, 305 sgg.). *Métis* allows the weaker to surpass the stronger. Such cunning, as in our example, borders often upon deceit. Even normal human activities such as hunting and fishing are considered instances of *métis*. Moreover, *métis* is employed even on the animals' side, for example by foxes and polyps.¹⁰ But the most significant case of *métis* is seafaring. Ancient seafarers could indeed base themselves only on constellations, which represent just one indicator in the process of making out the right course. The seafarer thinks and decides by conjectures founded on signs. This leads us to the core of the problem: *métis* is an instance of "evidential paradigm" (Ginzburg).¹¹ Inference starting from signs and indicators is certainly different from the deductive procedure applied by "strong" sciences, nevertheless it possesses its own rationality. According to Ginzburg, this is the typical hunter's rationality. Hunters are able to find out where animals are hiding starting from footprints and other signs. In this sense, *métis* it is a sort of original, almost instinctive knowledge. Through the footprints the hunter is able to reconstruct a narration, a "story" about where the animal hides, through where it got, and where it has got to. As it is known, the

presumptive paradigm has been applied to the process of attribution of works of art: single authors can be identified through very small stylistic features, only perceptible by experts.

In medicine, a similar sort of rationality can be found. Even in Mesopotamic medicine diagnosis is founded on the quest for signs which allow the expert to “tell a story”, even if just a schematic one (in Hippocratic medicine such stories are more complex). The story, i.e. the temporal series of symptoms, allows to diagnose. It must be noted that the word “sign” is used here in a more general sense than in contemporary medicine: today, we distinguish between symptoms (expression of subjective trouble) and signs (objectively noticed by the physician).

***Métis* and diagnosis**

Today, medical diagnosis is commonly identified with the hypothetical-deductive procedure. Starting from signs, diagnostic hypotheses are formulated and they are falsified one after another until the physician comes to the correct diagnosis.¹² This trial-and-error procedure is typical for “strong” sciences and its attribution to medicine emphasizes its scientificity. But although this procedure is present in many instances of medical reasoning, the presumptive paradigm is more frequently employed in practical medicine. It consists of two moments: the search after signs and the reconstruction of a story. But some difficulties arise soon. First, signs are usually not univocal. In the hunter’s example, a footprint is possibly not sharp enough (is it a footprint? Which animal does it belong?) or absent (the animal went somewhere other through), or is not correctly recognized (it looks like a footprint but it is something else). In medicine, a symptom is possibly not enough clearly described by the patient —this happens, e.g., when a patient has cognitive or linguistic difficulties—, he or she does not describe symptoms adequately, or other (less relevant) symptoms are men-

tioned instead of the most important ones. On the physician's side, it can occur that a certain sign is not adequately understood. Moreover, signs have often qualitative characters (forms, colors, and so on), so that agreement even among experts is missing. Moreover, there is another basic trait of signs: they appear (both by patients and by physicians) on the background of a context which indicates their respective relevance; in other words, they are context dependent.

By context dependence is meant, first, the hierarchy of importance according to which signs are classified and, second, the a-priory probability that a certain sign occurs. As the first point is concerned, it must be noticed that during their curriculum physicians learn which symptoms are relevant in particular cases and ask their patients according to this knowledge. Patients, on their side, frequently do not recognize certain symptoms and insist on others that seem more significant to them, according to their own knowledge. That is what Ludvik Fleck¹³ called style of thinking. The capacity to understand empirical data is, according to Fleck, determined by the different thinking styles, and a scientific fact is nothing but a relation among concepts, according to a style of thinking. Therefore, a sign can only be grasped if the observer is ready to grasp it. The history of medicine shows many examples of "overvalued" or "forgotten" signs, and of signs that could only be grasped after a change in context put them in the foreground. A famous example is fever. In ancient medicine and until the middle of the nineteenth century the rise of temperature was interpreted as a disease itself and defined as excess of animal heat (Hippocratic medicine) or as a general disturbance of the organism. During the eighteenth century classifications of diseases were developed on the model of botanic classification and considered fever and other symptoms or syndromes as classes of disease entities, which in their turn were subdivided into several sections (for example Boissier-de Sauvage's classification of 1773).¹⁴ With the bacteriological view on infectious diseases the ranking of fever changed from disease to symptom.

As regards the *a-priori* probability, first of all it must be noticed that this trait of thinking is present in every type of knowledge. In Europe, when we see a footprint of a feline we first think of a cat and not of a young tiger escaped from a circus. Similarly, during an influenza epidemic, we think that a patient with fever has influenza and not malaria.

As these examples show, there is a huge chaotic mass of ground information starting from which it is possible to individuate premises and draw inferences,¹⁵ that is, construct our story. The relevance of such premises depends basically on two factors. On the one hand, as we have seen, the ability to grasp signs is strongly context-dependent; on the other hand, information can be seen as a set of answers to explicit questions (direct patient asking) or, more often, to implicit ones. In medical practice, therefore, the starting point for an inference is less simple as it is sometimes sketched: besides the obvious case of the answer to a direct question, many answers are reached by “asking nature”.

Let's consider the following example. A patient is delivered in a coma. Direct asking is impossible; at the most, it is possible to get some information from the relatives. By means of haematochemical tests, an extremely low glucose level is assessed. Had we not asked the right question, the starting point for our inference would have been different. The result (low glucose) acts in its turn as starting point for further questions: is our patient a known diabetic? Does he or she suffer from insulinoma? Was it an attempted murder by insulin administration? As matters stand, medical activity seems to move away from *métis* and to tend to the cognitive side. But, on the contrary, we believe that just these cognitive characters are at the core of the *métis* modus, for several reasons.

First, the ability to ask the right question is an essential part of *métis* and in emergency physicians confine themselves to very few main questions. Moreover, medical activity is not only a strict intellectual one, but it requires some other abilities. These are exem-

plified in Oppian's treatise about hunting and fishing (second century a.C.): the skilled hunter or fisherman possesses agility, nimbleness, speed.¹⁶ Signs collecting is not a mere intellectual task as well—physicians are, as we have suggested—, signs-hunters: even in modern medicine, during the patient's examination, physicians make use of the senses of hearing, sight, touch and smell. Inferences are drawn from all data the physician was able to find; the ability to grasp relevant differences between health and disease by palpating an abdomen amounts to the ability to ask right questions. Moreover, if the answer to the question "asked" by the hand has not been understood or correctly evaluated, later questions would possibly produce no relevant result.

Another aspect of *métis* takes us to the construction of hypotheses, or alternative stories. Let's get back to the former case: if our patient is known to suffer from diabetes and to be usually treated with insulin, it is likely that the cause of his or her serious hypoglycaemia is wrong insulin dosing, or that the patient did not take some food after insulin administration. Alternatively, the cause could be too intense physical activity. In Peirce's terminology rapid inferences of this sort are called abductions.¹⁷ In the abduction process a rule is given, e.g. "all serious knife wounds produce haemorrhage" and a case is known, e.g. "this person has hemorrhage"; one can infer that the patient was seriously wounded with a knife. Such inferences, as one soon sees, do not produce necessary conclusions but just probable ones. To our purposes, we can distinguish between hypercodified abduction (in Peirce's words hypothesis) and hypocodified abduction. The first coincides 'with the situation in which a speaker knows that the meaning of the word "man" (the rule) is "human, adult and male" or the situation in which a hunter recognizes a boar's footprint among others. This type of inference seems to be quite automatic. In the medical example the physician states a low glucose level and soon recognizes the meaning of this fact. Nevertheless, the process is not completely automatic, and this is the ground why we call it abductive

inference: the footprint could possibly be not clear or too old and recognition could not be immediate. In the case of hypocodified abduction, on the contrary, the rule must be chosen from a series of rules deriving from our knowledge of the world, but it is not necessarily the correct one.¹⁸ In our case, one can develop several possible stories in order to explain the low glucose level. We already concluded that the most probable explaining hypothesis is a dosing error; but this does not hinder that alternative hypotheses can be true. It could be about a diabetic who took an overdose and afterwards practiced physical activity or took too little food. In this case of combination of three sceneries can be difficult to assign a correct weight to every factor. Moreover, further hypotheses can be formulated: the patient sought to commit suicide; or else, his wife or her husband tried to kill him or her with an overdose as he or she was asleep, then repented and called for help. These are certainly less probable, but not impossible sceneries. However, stories cannot be constructed as one pleases. There are boundaries represented by knowledge of pathogenic and physiologic mechanisms. Only taking it into account it is possible to formulate a not completely concocted story; moreover, descriptions of such mechanisms are subject to the rules of scientific experiment. In the explanation of our case it is basic to comply with current knowledge about insulin effect in glucose metabolism.

***Phrónesis* and medicine**

Let's now go back to *phrónesis* as it is defined in the sixth book of the Nichomachean Ethics and compare it with *téchne* and *episteme*. Aristotle first states that *phrónesis* (wisdom, prudence) is about making “good decisions”, what implies that there are alternatives among which one has to choose. Then he says that *episteme* concerns things that “can be only one way” —that is, natural laws and logic. Finally, *téchne* is defined as a productive activity. *Téchne* and *episteme* are easy to distinguish, as

episteme is deductive; distinguishing between *téchne* and *phrónesis* seems more difficult. First, medicine shows a resemblance to *téchne*, as they both aim at practical goals (health, in the case of medicine): “Included within the class of what can be otherwise are what is produced and what is done. Production and action are different (we can rely here also on our popular accounts). So the practical state involving reason is different from the productive state involving reason. Neither, therefore, is included in the other, since action is not production, nor production action. Since building in one of the skills, and is essentially a productive state involving reason, and since there is neither any skill that is not a productive state involving reason, nor any such state that is not a skill, skill is the same as a productive state involving true reason. Every skill is to do with coming into being, and the exercise of the skill lies in considering how something that is capable of either being or not being, and the first principle of which is in the producer and not the product, may come into being; for skill is not concerned with things that are or come into being by necessity, or with things that are by nature (since they have their first principle within themselves). Since production and action are different, skill must be a matter of production, not action”.¹⁹

Ackrill criticizes the sharp distinction between production and action and maintains that one operation can be both a production and an action or even every action is a production.²⁰ In Aristotle we find that *phrónesis* is at the same time knowledge of the universal and the particular.

“For if someone knew that light meats are digestible and wholesome, but did not know which kinds are light, he would not produce health; rather, the person who knows that chicken is wholesome will be better at producing health. And since practical wisdom is practical, one needs both kind of knowledge, but especially the particular kind”.²¹

For Gadamer, clinical medicine cannot be identical with a productive activity because its aim is reestablishing health and not artificiality “making” something. Moreover, a certain degree of incer-

titude is linked to medical activity: the result is not certain but only a probable one, medicine is an application (*Anwendung*) of certain tools to specific problems.²²

The person endowed with *phrónesis*, called the *phrónimos*, is not only an expert, but an expert who employs his or her knowledge in order to reach a certain good goal, in our case the patient's healing. *Phrónesis* grants medical knowledge the good orientation (it should not be forgotten that medical knowledge, like the *phármakon*, is a double edged tool, that is, it could be used to kill). This type of knowledge, as Jonson and Toulmin hold, raising the criticism we have shortly sketched, implies the comparison of a paradigmatic case with individual cases and is, in their view, identical with practical reasoning.²³ Gadamer's view of medicine and the role of *phrónesis* and of the *phrónimos* in it is shared for example by Davis,²⁴ who holds it for the best model of the rationality of physicians, and is clearly described by Svenaeus: The *phrónimos* —the wise man— knows the right and good thing to do in this specific situation; in the case of medicine we would say that he knows the right and good thing to do for this specific patient at this specific time. This cannot be learned merely by applying universal theoretical principles, but only through long experience in concrete, practical matters of life.²⁵ Similarly, Thagard stresses the relevance of analogical transfer in medicine: to solve a problem, one starts from a known similar one and adapts the solution to the present case.²⁶ In the process of diagnosis, the physician leads the patient's symptoms back to the clinical frames he or she learned during training. But abduction (or reconstruction of stories) does not only depend on the knowledge of mechanisms and on reduction of the present case to a learned model case. It is necessary to point out two different levels of knowledge: on one hand, physicians use learned schemata as models for their abduction processes (that is, handbook treatment of diseases); on the other hand they use their previous experience (similar cases they have seen). That is why older physicians may be more skilful than younger ones. What we define as

expertise seems to be the ability of a subject to reconstruct a model more rapidly than other subjects, even if these are fresh from training.²⁷

Model thinking is not only present in diagnostic processes. According to Toulmin and Jonson the Aristotelian model is a typical example of general casuistic knowledge, as it was used by the catholic Church (but not only by it) during the sixteenth and the seventeenth centuries to treat moral problems. Moral casuistry did not deduce moral principle from more general ones, but built typical cases and applied them to particular ones in order to evaluate circumstances (included the extenuating circumstances).

This model sheds a different light not only upon the expertise of “old” physicians, but upon the EBM thinking as well. EBM is, in its intentions, the empirical founding of medicine; we regard it as a kind of casuistic knowledge. Clinical trials are case knowledge and are, as it is known, characterized by limitations due to the selection of the sample. Strict application of EBM results is therefore not advisable just because casuistic knowledge necessarily requires elasticity in its application to particular cases. On the other hand, case knowledge obtained through adequate method is an indispensable tool of good physicians. Medicine’s elasticity depends strongly on correct starting points; only a well-founded knowledge allows the physician not to fall into an incorrect and naive use of experience (“It was always thus, we always did this way”). The awareness that EBM can offer reliable case knowledge and probable orientating conclusions allows a correct degree of freedom in its application to individual cases.

A third point about *phrónesis* is decision for the patient’s good. This point is extremely complex and will not be tackled in this paper; only some basic aspects must be sketched. First, *phrónesis* has a practical value. In Aristotle *phrónesis* is the capacity to choose the correct tools in order to obtain a result, i.e. the good. In the case of the diabetic patient, every physician would from the very first give glucose and only afterwards formulate a diagnosis. In other

words, physicians first make rapid decisions for their patients' welfare employing their *téchne*; only later they reason about the cause of the event, that is, they reconstruct a story, and plan further interventions. In medical practice *phrónesis* and *téchne*, as it becomes clear by this example, are deeply intertwined, but they are not identical.

A last point must be stressed. Aristotle illustrates *phrónesis* through the example of the politician Pericles. As we have noticed, medicine is not only an intellectual activity, but more widely a cognitive one, and it employs knowledge derived from the senses. The politician's metaphor helps shedding light on the relational aspect of medicine: physicians interact with patients, colleagues, hospital personnel and public health systems. Therefore, thinking of medicine as a pure diagnostic and therapeutic activity is not correct, because the possibility for a physician to practice his or her activity properly is linked to his or her ability to enter in a relationship to other people and institutions. It is for example frequently stressed that the "art of anamnesis" depends on the patient-physician relation, but the relation to colleagues is not less important: a correct diagnosis often results from team work. The public problem of resources allocation for health interferes with medical thinking as well. Today, many medical journals discuss the opportunity of certain diagnostic techniques evaluating their cost. The Aristotelian politician seems, in this context, to make way for the medical manager.

***Téchne* and medicine**

The meaning of *téchne* has been illustrated through the preceding considerations. Handcrafts and artistic activities share some aspects with medicine in the sense that they are characterized by own rules and fields of application and require speed, cunning, and foretelling. Moreover, in medicine a part of these abilities are not codified in texts but communicated to younger colleagues by more experienced ones. It is known that right application of procedures,

a typical behavior of fresh physicians, can produce errors, and that certain informally received skills can help preventing them. Against Gadamer, Hoffman maintains that *téchne* is a useful interpretation of medicine as a combination of theoretical, practical and ethical aspects. Scientific medicine is, unlike some alternative forms of cure in which intuition plays a major role, characterized by rationality. His definition of *téchne* comes from the Hippocratic medicine and is different from the Aristotelian productive activity. The ability of modern medicine to give a rational account for its activity is in its ability to account for reproducible results and the definition of medicine as *téchne* takes into account the importance of technological aspects in today's medicine.²⁸

Conclusión

Phrónesis, *métis* and *téchne* show differences and important common aspects, which can be called family resemblances in a wittgensteinian sense, as pointed out by Detienne and Vernant.²⁹ Both are intellectual activities and they share the character of opportunity, but with a difference. *Métis*, as we have seen, is a sort of cunning possibly bordering on trick, while *phrónesis* is always aimed at the good. On the other hand, *téchne* is a set of general and particular knowledge, of manual skills and experience in a specific field. In *téchne*, *métis* plays a relevant role as well. Moreover, a third aspect is relevant, that is the relation between medicine and the sphere of values; this does not imply that the patient's good can be defined paternalistically basing on *phrónesis*, but that medicine does work not only with considerations of utility, but also in a value-laden world.³⁰ This aspect does not seem to be adequately encompassed in *téchne*, nonetheless it is extremely important as all diagnostic and therapeutic decision, even banal ones, includes moral problems and not only problems of utility and cost-benefit considerations.

For example, if I, as physician, take a simple diagnostic process into consideration (like X-rays), I have to mind the utility for the patient, risks (in this case, the doses of rays) and the cost for the community. The problem of community cost implies that giving one patient a diagnostic means that I do not give it other patients. This means a moral responsibility. Moreover, if I prescribe a invasive diagnostic other problems appear: I have to ponder the general indication for it (the universal premise), the general condition of the patient (the particular premise), the effective utility (does this diagnostic elongate life?), the stress for the patient, my “diagnostic curiosity”, my “compliance” with the requests of the patients or the patient’s family and so on. Such decisions are linked not only with utilitarian considerations, but with the moral sensibility, and we believe that this sensibility is *phrónesis*. The same consideration holds for therapy (in banal and difficult cases): if I administer a simple antibiotic in a case of influence it could be the case that I give it just to please the patient, and anyway I have to ponder its side effects and the *phonation* of antibiotic-resistance in the general population, which makes the antibiotic less effective.

If one interprets *phrónesis* in this way, as a continual process of questioning from the physician, the utilitarian aspects discussed in the examples are encompassed in it, but the result is not a paternalistic stance. On the contrary, patient and physician keep discussing and the patient takes decisions about him or herself. In this sense politics is one of the most important modalities of *phrónesis*.

Let’s now try to answer the questions we asked at the beginning. Medicine is a complex activity which involves not only a subject who formulates diagnoses and administrates therapy, but a series of other interacting subjects. These interactions are essential and not only accessory for the diagnostic and therapeutic activity. Medical acts always occur in a frame of relations and values. The core of medicine remains nevertheless a scientific one: it must base upon the method of empirical science that is upon knowledge of aetiological, physiological and pathological mechanisms and upon

the results of the best clinical trials, applied with the due limitations and elasticity. That's why medicine is a science. It is obvious to remind that scientific research is in itself theory—and value-laden. Moreover, medicine's complexity is witnessed by the multiplicity of its models of reasoning. Deduction, abduction, analogy have a strong function in clinical reasoning, and physicians often employ them “in parallel”. The modern physician works in a net of relations, values, and knowledge. The net metaphor is, significantly, a metaphor for the grasping capacity of *métis*. If medicine is understood in this complex way, it remains, as we believe, the most effective way to cope with illness and disease.

Referencias bibliográficas

- ¹ GOLDMAN L, AUSIELLO D. Cecil. Medicine. Philadelphia: Saunders; 2007.
- ² BERTI E. Le ragioni di Aristotele. Bari: Laterza; 1989.
- ³ ARISTOTLE. Nichomachean Ethics. Cambridge: Cambridge University Press; 2004: 1139 b,15.
- ⁴ JONSON A, TOULMIN S. The Abuse of Casuistry. Berkeley: University of California Press; 1988.
- ⁵ BERTI. Le ragioni...
- ⁶ ARISTOTLE. Nichomachean..., 1140 a, 30.
- ⁷ JONSON, TOULMIN. 77le Abuse ..., pp. 37-38.
- ⁸ WARING D. Why the practice of medicine is not a phronetic activity. Theoretical medicine and Bioethics 2000; 21: 139-151.
- ⁹ HESSE M. Models and Analogies in Science. Notre Dame Ind: University of Notre Dame Press; 1970.
- ¹⁰ DETIENNE M, VERNANT JP. Les ruses de l'intelligence. La métis des grecs. Paris: Flammarion; 1974 (trad. Cuning 1ntelligence in Greek Culture and Society. Chicago: University of Chicago Press; 1991).
- ¹¹ GINZBURG C. Spie. Radici di un paradigma indiziario in GARGANI A (a cura di). Cri.vi della ragione. Torino: Einaudi; 1979) (trad. Clues: roots of evidential paradigm in Eco U, SEBEOK TA (Eds). The Sign of Three: Dupin, Holmes, Peirce. Bloomington: Indiana University Press; 1983).
- ¹² FEDERSPIL G. Logica Clinica. Milano: McGraw Hill; 1979.
- ¹³ FLECK L. EnUtehung und Entwicklung einer wi.venschaftlichen Tatsache. Einföhrung in die Lehre yom Denkstil und denkkollektiv. Basel: B. Schwabeund Co.,

Verlagbuchhandlung; 1935 (trad. Genesis and Development of a Scientific Fact. Chicago/London: University of Chicago Press; 1979).

¹⁴ BOISSIER DE SAUVAGES F. *Nosologia Methodica Systema Morborum classes iuxta Sydenham et Botanicorum Ordinem*. Venetiis: apud Pezzana; 1773.

¹⁵ HINTIKKA J. HINTIKKA MB. *Sherlock Holmes Confronts Modern Logic: Toward a Theory of Information-Seeking through Questioning in Eco U*, SEBEOK TA (Eds.). *The Sign of Three: Dupin, Holmes, Peirce*. Bloomington: Indiana University Press; 1983.

¹⁶ DETIENNE M. VERNANT JP. *Les ruses de ...*

¹⁷ PEIRCE CS. *Collected Papers of Charles Saunders Peirce*. 8 vols., Cambridge MA: Harvard University Press.; 1931-1958.

¹⁸ Eco U. *Kant e l'ornitorinco*. Bompiani: Milano; 1997 (trad. *Kant and the platypus*. New York: Harvest Book; 2000).

¹⁹ ARISTOTLE. *Nich. Eth.* 1140a.1.

²⁰ ACKRILL J. *Aristotle the Philosopher*. Oxford-New York, Toronto, Melbourne: Oxford University Press; 1981.

²¹ ARISTOTLE. *Nich.Eth.*, 1141 b,20.

²² GADAMER HG. *Über die Verborgenheit des Gesundheit*, Farnkfurt an Main: Suhrkamp Verlag; 1993 (trad. *The Enigma of Health: the Art of Healing ill a a Scientific Age*. Stanford, Stanford University Press; 1996).

²³ JONSON A, TOULMIN S. *The Abuse of Casuistry*. Berkeley: University of California Press; 1988.

²⁴ DAVIS FD. *Phrónesis. Clinical Reasoning, and Pellegrino's Philosophy of Medicine*. *Theoretical Medicine and Bioethics* 1997; 18: 173-195.

²⁵ SVENAEUS F. *Hermeneutics of Medicine in the Wake of Gadamer: the issue of phrónesis*. *Theoretical Medicine* 2003; 24: 407-431, p. 419.

²⁶ THAGARD P. *How Scientists Explain Diseases*. Princeton: Princeton University Press; 1999.

²⁷ GIROTTO V, LEGRENZI P (Eds). *Psicologia del pensiero*. Bologna: 11 Mulino; 1999.

²⁸ HOFMANN B. *Medicine as Téchne. A perspective from Antiquity*, *J Med Phil.* 2003; 28 (4): 403-425.

²⁹ DETIENNE, VERNANT. *Les ruses de...*

³⁰ STEMPSEY WE. *Disease and Diagnosis. Value dependent realism*. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers; 1999.

La indisponibilidad de la vida humana en la perspectiva del Bioderecho

*Marina Casini**

Resumen

La presente contribución se mueve en el ámbito de la reflexión jurídica y se pregunta si responde con justicia la “libertad” de elegir la muerte como derecho humano esencial. El principio de “no matar”, o bien “no causar la muerte”, colocado a la base de todos los ordenamientos jurídicos modernos y democráticos, es examinado tanto como referencia a la vida ajena, así como cuando el sujeto expresa la voluntad de poner fin a la propia vida y pide que otros den cumplimiento a tal voluntad. La autora observa que en el segundo caso, se pide que el “tercero” (médico) secunde la autoterminación de quien quiere disponer de su propia vida sólo cuando la vida se encuentra en condiciones de enfermedad incurable y asoladora discapacidad. Es evidente, entonces, que la vida humana propia se vuelve disponible cuando prevalece el sufrimiento y el criterio decisivo no es la autodeterminación individual, sino la valoración social del valor de la vida. En esta perspectiva es tocado también el tema del “rechazo de los tratamientos” y puesta la distinción entre “autodeterminación sobre los tratamientos” y “autodeterminación sobre la vida”. En el delicado y complejo ámbito del “fin de la vida”, si la muerte es el límite inexorable de la existencia que es necesario saber aceptar, es necesario también saber

* Investigadora del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía “A. Gemelli”, Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (marina.casini@rm.unicatt.it).

armonizar el principio de autodeterminación y el principio del “no causar la muerte”, fundado sobre el reconocimiento de la igual dignidad del vivir.

Summary

The impossibility to dispose of human life according to the point of view of Bio-law.

This contribution deals with the legal reflection and wonders whether “freedom” to choose death as an essential human right is fair. The “no kill” principle, at the base of all modern legal and democratic system, is examined with reference to both someone else’s life and the situation in which a person is unable to express himself if he does not want death; or when a person wants death and asks other people to fulfill this wish. The author notes that in the later case, one asks the “third” (physician) fulfill the self-determination of persons who want to dispose of their own life when life is compromised. Therefore, human life is disposable when pain prevails.

Palabras clave: bioderecho, indisponibilidad de la vida humana, pena de muerte, eutanasia, rechazo de los tratamientos.

Key words: biolaw, impossibility to dispose of human life, death penalty, euthanasia, treatment refusal.

Una triple premisa

La cuestión de la indisponibilidad o disponibilidad de la vida humana plantea la reflexión en dos planos diversos: el del “cómo” vivir y el del “sí” vivir. El nexo entre autonomía y relación se propone en ambos casos, pero no hay duda que en el primero, los espacios de disposición de sí mismos son seguramente muy amplios. La presente contribución prestará atención mayormente al segundo perfil y se pregunta si responde en justicia, la libertad de escoger la muerte como derecho humano esencial. El ámbito de la in-

vestigación se refiere, por tanto, al principio “no matar”, puesto a la base de todos los órdenes jurídicos modernos y democráticos.

Tal prerrogativa tiene, en el mundo del derecho, una puntual colocación, misma que se refiere a la relación entre sujetos y un preciso significado: no se puede disponer de la vida humana en el sentido de causar la muerte. Por este motivo –y aquí se impone la segunda puntualización– no será afrontada la cuestión del suicidio *tout court*, porque en el acto de imponerse la muerte el sujeto se autoexcluye de la dinámica de la relación con los demás.

Por tanto, en este trabajo, el “no causar la muerte” será valorado en el contexto particularmente jurídico de las relaciones entre sujetos: ¿la vida humana es indisponible sólo cuando el sujeto no se inclina o incluso no quiere la muerte? ¿O bien lo es cuando el sujeto expresa la voluntad de poner fin a la propia vida y pide que otros cumplan tal voluntad? ¿La valoración sobre la disponibilidad o indisponibilidad de la vida cambia en base a la valoración del sujeto en relación a su propia vida? ¿La sustancia del gesto que ocasiona la muerte ajena, cambia por el hecho que sea el “sujeto interesado” el que quiere su propia muerte y pide a un tercero infringírsela?

No escapan ciertamente a estos interrogativos las complejidades presentes en el ámbito bioético relativo al “final de la vida”, ni tampoco aquellas referentes al así llamado “ensañamiento terapéutico” cuya prohibición –unánimemente reconocida– implica la distinción no siempre fácil entre “aceptar” la muerte como límite insuperable de la existencia y “causar” la muerte que, por el contrario, concierne al “no matar”. No se ha de infravalorar, luego, el sufrimiento físico y psíquico que acompaña la existencia humana en las situaciones de discapacidad o enfermedad, especialmente cuando las perspectivas de mejoramiento y/o sanación se vuelven inciertas, cuando la “carga” de preocupación y fatiga para los familiares se torna pesada, cuando son escasas e inadecuadas las respuestas sociales en términos de sostenimiento y asistencia. Un “amasijo” que puede provocar el surgimiento del rechazo de la

vida y la petición de la muerte. Se trata de temas que a su vez comprometen ulteriores y relevantes ámbitos de reflexión. Todo esto, sin embargo —eh aquí la tercera puntualización— no es objeto directo de esta contribución. A éste, interesa solamente indagar sobre el fundamento de la relación jurídica de la cual deriva el principio de “no matar”, y es de esta acepción que deriva la indisponibilidad de la vida humana. Si tal fundamento es válido y tiene un sustento, además de jurídico, también cultural y social (por otra parte el derecho está en función de la sociedad: *ubi societas, ibi ius; ubi ius, ibi societas*) podrían, quizá, surgir argumentos útiles para resolver los espinosos dilemas del “fin de la vida”.

Sobre la indisponibilidad de la vida ajena

Iniciamos la investigación a partir de la reflexión sobre la disponibilidad o indisponibilidad de la vida ajena para entender si de ella se derivan implicaciones respecto del tema de la disponibilidad o no de la propia vida.

Uno de los fenómenos que más ayudan a la reflexión en el sentido de la indisponibilidad es el camino, aún en curso e iniciado en tiempos recientes, hacia la abolición de la pena capital.¹ De ello es prueba tangible la petición de moratoria de las ejecuciones capitales proveniente de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2007² y en 2008³ y sostenida con tres resoluciones del Parlamento Europeo.⁴ Entre las precedentes etapas significativas están el Protocolo (1989)⁵ del Pacto internacional sobre los derechos civiles y políticos (1966)⁶ que ha prohibido en cualquier caso la pena capital en la convicción de que “las disposiciones adoptadas en relación a la abolición de la pena de muerte deben ser consideradas como un progreso por cuanto conciernen al gozar del derecho a la vida” y el Protocolo (1990)⁷ de la *Convención americana sui diritti dell'uomo* (1969)⁸ teniendo el mismo objetivo.

A nivel europeo, el artículo 2 de la *Convenzione europea dei diritti dell'uomo* (1950) aceptaba la pena capital,⁹ pero el Consejo de Europa –primero con el 6º Protocolo aumentado a la Convención (1983),¹⁰ posteriormente con el 13º Protocolo (2002)¹¹–, ha llegado a prohibirla completamente. La Carta de Nizza del 7 de diciembre de 2009)¹² declara en el art. 2 que “nadie puede ser condenado a la pena de muerte, ni ajusticiado”.¹³

En Italia, la definitiva proscripción de la pena de muerte prevista originalmente por la Constitución (art. 27) se ha realizado gracias a la Ley ordinaria n. 589 del 13 de octubre de 1994¹⁴ (que ha abolido la pena capital sustituyéndola con la cadena perpetua) y a la Ley constitucional n. 1 del 2 de octubre de 2007¹⁵ (que ha introducido definitivamente la prohibición absoluta de utilizar la pena de muerte en el ordenamiento penal italiano).¹⁶

En el debate sobre tal pena extrema –que a la larga ha sido la sanción por excelencia en relación con comportamientos criminales– se proponen argumentos de carácter práctico entre los cuales los más incisivos en favor de la prohibición parecen ser aquellos de la posibilidad del error judicial y de imposibilidad de la enmienda por parte del condenado.¹⁷

No obstante, no se pueden excluir casos en los cuales la prueba inculpativa es absolutamente cierta y no es razonablemente previsible un cambio de vida del culpable. Se podría también imaginar que al menos en algún caso, el carácter ejemplar de la pena de muerte pueda configurar un importante disuasivo de prevención general. Y sin embargo, ni siquiera frente a eventuales posibles “ventajas”, la pena de muerte es considerada admisible. El argumento decisivo está constituido por la dignidad humana inalienable, indestructible, inherente al vivir humano en cualquier condición que se encuentre, incluso en ausencia de cualquier otro elemento que enriquezca la existencia. En particular, el Parlamento Europeo, en la Resolución sobre la iniciativa a favor de la moratoria universal en materia de pena de muerte (Bruxelles, 1º de febrero de 2007) “reafirma su antigua posición contra la pena de muerte en todos los casos y en todas las circunstancias y expresa una

vez más su propio convencimiento según el cual la abolición de la pena de muerte contribuye a reforzar la dignidad humana y el progresivo desarrollo de los derechos del hombre”; los participantes en la Asamblea de la ONU, en la Resolución del 2007, afirman: “el uso de la pena de muerte mina la dignidad humana” y se declaran “convencidos del hecho que una moratoria sobre la pena de muerte contribuya al mejoramiento y al progresivo desarrollo de los derechos humanos”. La Corte Constitucional italiana con la sentencia n. 223 de 1996,¹⁸ ha afirmado que: “la prohibición de la pena de muerte tiene una relevancia del todo particular (...) configurándose, en el sistema constitucional, como proyección de la garantía concedida al bien fundamental de la vida, que es el primero de los derechos inviolables del hombre reconocidos por el art. 2”.

Progresos culturales ligados con la dignidad humana, tanto teniendo en cuenta las múltiples diferencias y de la enorme complejidad de las relaciones entre las naciones, pueblos y etnias; son de algún modo comparables, en el abandono de la guerra, como instrumentos de política internacional (para resolver controversias internacionales o como sanción para reparar la violación del orden entre los Estados) cuando no incluso, ocasión para conquistar gloria y honores. La idea de fondo es que en lo posible, hasta el extremo, llegando a tolerar dentro de ciertos límites incluso la injusticia más grave, la guerra debe ser evitada con el fin de no destruir vidas humanas.

Puede, por tanto, decirse que en general la consciencia moderna ha emprendido un camino dirigido para reconocer el valor de la vida ajena, al punto de reducir al máximo los espacios en los cuales es jurídicamente tolerable el causar la muerte y en todos y cada uno los casos (por ejemplo las casas exculpantes de la legítima defensa y del estado de necesidad)¹⁹ la razón que justifica la muerte ajena es siempre la salvaguarda del bien de la vida propia o de un tercero (amenazado por una injusta agresión o expuesto a un peligro actual, no voluntariamente causado, ni evitable de otro modo, de un daño grave a la persona). No se niega, por tanto, la indisponibilidad de la vida humana; no en

vano —de hecho— la proporción entre bien protegido y bien ofendido es elemento característico tanto en la legítima defensa como en el estado de necesidad.

Sin embargo, en el ámbito de la reflexión sobre la indisponibilidad de la vida ajena, no puede evadirse que en realidad hay una “fase” de la existencia humana ajena considerada “disponible”. Confluyen aquí el tema del aborto y el de las manipulaciones destructivas de embriones humanos en sede extracorpórea: más se acerca al momento inicial de la existencia y mayor es el atenuarse, hasta desaparecer, del reconocimiento de aquella dignidad humana que hace al otro, siempre un fin y nunca un medio, con la consciencia jurídica no sólo de no reconocer en esta “fase” de la existencia un sujeto titular del derecho a la vida, sino de borrarlo del mundo de los hombres haciéndolo objeto de presuntos derechos ajenos.

La reducida visibilidad, no obstante los progresos tecnológicos y científicos, de aquel que se encuentra en esta “fase” y su incapacidad de suscitar emociones y sentimientos, hace su vida disponible y funcional respecto al alcanzar finalidades prácticas ajenas a él. Se vuelve progreso social, cultural, jurídico y político disponer de la vida ajena. Para “justificar” tal disponibilidad, se llega a cancelar el rostro humano de aquel de quien se quiere disponer, negando que se trate de un ser humano, de un ser humano cuya dignidad es igual a aquella de los otros. Si bien la legislación del aborto y del uso de embriones humanos muestre cuánto se haya debilitado la percepción del otro en la fase prenatal de la vida, no faltan, sin embargo, pronunciamientos jurídicos incluso de notable autoridad,²⁰ en sostenimiento de la razonabilidad de que se trate de otro cuya vida, aunque pobre e indefensa, es igualmente indisponible.

Sobre la indisponibilidad de la vida ajena incluso cuando el “titular” la considera disponible

La reflexión sobre la indisponibilidad de la vida ajena ofrece puntos interesantes para argumentar también en el tema de la indispo-

nibilidad de la vida propia. Recordemos que no se trata de valorar la cuestión con referencia a la relación del ser humano consigo mismo, sino a la relación entre seres humanos de la cual uno pide al otro un comportamiento causante de la propia muerte. Es entonces evidente que el acto de causar la muerte –y por tanto el acto que dispone de la vida– no se refiere en último análisis a sí mismo, sino a otro.

Comenzamos con el considerar que en general la autodeterminación sobre la propia vida en el sentido de afirmar un “derecho de morir”, haciéndola disponible en cuanto propia, no es reivindicada independientemente de situaciones de grave enfermedad o de gravosa discapacidad. Es siempre oportuno el ejemplo de quien impide con el uso de la fuerza al aspirante a suicida de llevar a término el gesto mortal. Quien impide que la autodeterminación del aspirante suicida llegue a destruir su propia vida, no comete ningún delito: ni el de violencia privada, ni el de secuestro. Por el contrario, su gesto es juzgado merecedor de alabanza; mientras son estigmatizados los testigos que viendo a una persona quitarse la vida no hacen nada por impedirlo. Y no sólo eso: la inercia frente a acciones suicidas puede –en situaciones concretas y en razón de la particular situación del espectador–, determinar la sanción de quien podía impedir el suicidio y no lo hizo. En estos casos, ninguno invoca el principio de autodeterminación para absolver al acusado de homicidio culposo y ninguno pide el castigo de quien, usando la fuerza, ha impedido a alguien suicidarse.

Se puede replicar que normalmente el gesto suicida es el resultado de un desequilibrio mental y no es, por tanto, un acto ejecutivo de una decisión real de libertad. Sin embargo, no pueden excluirse situaciones en las cuales la decisión se ha madurado lejos de desmoronamientos psíquicos y por tanto nadie osa afirmar que en nombre de la autodeterminación, de la propia visión del mundo y de sí mismo, se deba dejar morir un joven sano que ha intentado el suicidio sin lograrlo. ¿Cómo explicar la diferencia respecto al enfermo incurable o al gravemente discapacitado que invoca la muerte

incluso a través del rechazo de cualquier tratamiento? Si el único criterio es el de la autodeterminación que hace disponible la vida humana, entonces así como sería válido para el enfermo y el discapacitado debería serlo también para el joven sano. Si, en cambio, diferenciamos los dos casos, significa que el criterio decisivo no es aquel de la autodeterminación.

La diferencia está en la “calidad de vida”: la vida del joven sano vale, aquella del discapacitado y del enfermo ya no tiene valor. Ha de notarse, sin embargo, que el juicio de valor no es el formulado por el interesado. También el aspirante a suicida, sano y joven, valora, evidentemente, su vida como no digna de ser vivida y sin embargo la sociedad rechaza este juicio suyo. Él puede expresar cualquier valoración negativa sobre su propia vida, pero no es libre de matarse a menos de no autoexcluirse completamente de la dinámica de la relación: mientras acepta permanecer bajo la mirada ajena, a su libertad se superpone la valoración social. Él no puede privarse de su propia vida. Su vida es indisponible.

Análogas consideraciones pueden hacerse a propósito de algunas presiones dirigidas a modificar el art. 597 del Código penal, que se refieren al homicidio de quien lo consiente. Se considera que tal norma debería ser “suspendida” en relación a los enfermos incurables y a los moribundos. Del resto, gran parte de los proyectos de ley sobre el así llamado “testamento biológico”, pedían la exoneración de toda responsabilidad en relación del médico que accediendo a la voluntad anticipada del paciente le hubiese causado la muerte.²¹ Análogamente ha dispuesto el Tribunal de Roma en la Sentencia del 16 de octubre de 2007²² proponiendo al legislador “rediseñar (...) los límites de la materia de la cual en el art. 579 del código penal” (homicidio del que consiente) excluyendo explícitamente la hipótesis del médico que, obedeciendo la voluntad del paciente, cause la muerte de este último, mientras una previsión incriminante tan amplia engloba necesariamente también este caso”. ¿Por qué dos pesos y dos medidas?

Otra observación: el “Código de la calle” (en vigor desde 1993)²³ que impone la obligación del casco a los motociclistas, ¿podría ser considerado lesivo de la libertad personal: en el fondo porque prohíbe a quien lo desea, correr el riesgo si es esto aquello que quiere? La Directiva europea de 2005 sobre el acercamiento de las legislaciones de los Estados miembros, relativos a los anclajes de los cinturones de seguridad de los vehículos motorizados,²⁴ afirma que “la investigación ha demostrado que el uso de los cinturones de seguridad y de los sistemas de retención puede contribuir a reducir sensiblemente el número de accidentes mortales y la gravedad de las lesiones en ellos reportadas, incluso debidas a las volcaduras. Montados sobre todas las categorías de vehículos son ciertamente un importante progreso en la seguridad vial y la salvaguarda de vidas humanas”.

¿Quizá no existe el derecho de autodeterminación para correr los riesgos que cada uno quiere afrontar? No de otro modo sucede, en el campo de la prevención de los accidentes de trabajo, porque las reglas de seguridad de los mecanismos, de los espacios, sobre los instrumentos a usar por parte de los obreros y empleados se aplican incluso cuando coinciden la figura del empresario y la del trabajador. El albañil que trabaja por su cuenta y sólo a gran altura en el muro externo de un edificio, puede tener interés en no construir un parapeto y no usar arnés de seguridad para apurar la conclusión del trabajo y ahorrar en los costos, y puede, por tanto, aceptar libremente los riesgos contra su vida, pero la ley lo castiga igualmente.

Si uno quiere aceptar el riesgo contra su vida ¿por qué impedirselo?

Se puede objetar que estas disposiciones están dirigidas al interés del Estado de reducir los costos que derivarían de la atención mé-

dica de heridas particularmente graves, y que con aquellas el Estado quiere proteger los sentimientos y los intereses de terceros ligados a las personas que corren los riesgos. Pero es indudable que en primer lugar se quiere proteger la vida del individuo incluso contra sí mismo.

Tal vez la aceptación de los riesgos contra la vida e incluso la renuncia a la propia vida puede tener finalidades hasta nobles. Un padre, por ejemplo, en vida, podría querer donar sus propios órganos a su hijo gravemente enfermo, pero la ley no se lo permite sino salvo por órganos independientes (un riñón y parcialmente el hígado) cuya extracción no comporte ni la muerte, ni una grave disminución de la integridad física.²⁵ Continuando con el ejemplo, nadie piensa que sería lícito matar a un hombre, aún con su consentimiento escrito y lúcido, para poder extraer los órganos de su cadáver para beneficio de otras personas: esto incluso, si la persona que muere es juzgada inútil para la sociedad, mientras aquellas que obtendrían un beneficio podrían desempeñar roles de extraordinario servicio a la colectividad.

En síntesis, la indisponibilidad de la vida humana no sólo de la ajena, sino también de la propia, se manifiesta como un principio bastante sólido, respecto al cual parece no pesar la autodeterminación individual.²⁶ Es evidente que la vida humana propia se vuelve disponible cuando prevalece el sufrimiento y el criterio decisivo no es la autodeterminación individual, sino la estimación social del valor de la vida.²⁷

Podemos concluir que quien afirma, en nombre de la autodeterminación, el “derecho de disponer de su propia vida”, no extiende este derecho más allá del caso del enfermo, del discapacitado y del moribundo. Quien quiere acoger su petición de muerte, no puede invocar la libertad, porque de otro modo debería respetar también la autodeterminación del joven sano. Está en juego, en fin, no la libertad, sino el sentido de la vida. Desde el fondo, la dignidad de la vida humana viene a ocupar el primer plano.

Rechazo de los tratamientos e indisponibilidad de la vida humana

En el ámbito legislativo sobre “fin de la vida” es frecuentemente invocado el derecho a rechazar los tratamientos como negación del principio de indisponibilidad de la vida humana propia. No es necesario recordar el fundamento jurídico y deontológico de tal derecho. Se trata de entender, sin embargo, si tal derecho se funda sobre una autodeterminación absoluta que no tiene en cuenta el contexto y los modos en los cuales la voluntad se expresa o si, en cambio, deba considerarse que califica como un rechazo ausente de “vicios” de la voluntad, la presencia de algunas características y una relación de alianza terapéutica y asistencial que sea humana y profesionalmente significativa.

Simplificando grandemente los términos de un debate rico y vivaz²⁸ se podría, por tanto, sostener que el fulcro de la cuestión no es ni afirmar un derecho absoluto de autodeterminación a rechazar los tratamientos, al punto de recabar el así llamado “derecho a morir” que no puede imponerse hasta exigir un “deber de causar la muerte”; ni –viceversa– negar completamente la existencia de una autonomía del sujeto en modo de imponer un “deber de vivir” contra todo legítimo deseo de “ser dejados en paz”, de “dejarse morir”. En ambos casos la rigidez de las posiciones no toma en cuenta la dimensión relacional que sabe ser atenta a los deseos del paciente, sino que sabe ser también capaz de reconocer el valor del sujeto más débil de la relación y que por tanto sabe aceptar la muerte, pero rechaza causarla. “No puede existir una relacionalidad intersubjetiva sancionada por el derecho, que pueda actuarse para la muerte, porque eso contrastaría con la esencia misma del derecho: de un derecho que no tenga pretensiones de absolutez, considerando poder intervenir sobre la vida y sobre la muerte, pero que se conciba como instrumento puesto para ofrecer (...) la máxima solidaridad posible en la comunidad civil en cualquier situación de la vida”.²⁹

Se trata, por parte del legislador, de acoger las instancias de la autonomía individual interpretando la autodeterminación en modo conforme al principio jurídico del “no causar la muerte”.³⁰ Esto implica que la autonomía del paciente deba armonizarse con la dimensión relacional fundada sobre el reconocimiento de la igual dignidad del vivir y que por tanto tenga en cuenta diferencias cualitativas existentes entre voluntad anticipada y voluntad actual;³¹ tanto de las diversas hipótesis de rechazo (rechazo de actuar una relación con el médico, rechazo de iniciar o de reemprender una terapia, rechazo de proseguir una terapia en curso) que, según la intensidad de participación solicitada al médico, apelan en modo más o menos comprometido a su ciencia y a su consciencia.³²

Esta posición distingue claramente la “autodeterminación” sobre los tratamientos de la “autodeterminación” sobre la vida. La primera se concilia con la moderna teoría de los derechos del hombre –inaugurada con la Declaración Universal del 10 de diciembre de 1948– según la cual la vida humana es indisponible porque está fundada sobre el reconocimiento de una dignidad que no conoce variaciones en cuanto es el carácter indeleble de toda existencia humana. El perno de reconocimiento no es el “yo”, sino el “tú”: la mirada que reconoce la dignidad humana del enfermo y del incapacitado impide que el rechazo de los tratamientos por él manifestado, se transforme en una licencia para matar y valora al máximo los tratamientos paliativos y asistenciales.³³

La segunda, por el contrario, presupone que el fundamento de los derechos humanos sea la “libertad de elección” que puede realizarse incluso en la decisión de dejar de existir. Como se ha observado, sin embargo, de tal “derecho de elegir la muerte” por sí mismo se piden espacios de legalidad sólo cuando la vida humana versa en “ciertas condiciones”. Esto significa que en “ciertas condiciones” la vida humana es considerada de la sociedad (de la cual la ley es la expresión más significativa) no “digna” de hospitalidad.³⁴ No es, luego, difícil imaginar cuánto esta valoración social (hetero-valoración) pueda influir sobre la autodeterminación en orden al propio existir.

El art. 32 de la Constitución: autodeterminación sobre los tratamientos, no sobre la vida

La distinción entre autodeterminación sobre los tratamientos y autodeterminación sobre la vida, puede ser de ayuda en la interpretación de la segunda coma del art. 32 constitucional. De la segunda coma del art. 32 de la Constitución se podría deducir la existencia de un “derecho a morir”, a ser puesto sobre el mismo plano del derecho a la atención médica. La autodeterminación del sujeto sería la fuente del uno y del otro.

Es necesario, ante todo, recordar que no se encuentra en ninguna parte de los trabajos preparatorios, que el Constituyente haya pretendido de algún modo poner en discusión el principio de indisponibilidad de la vida incluso por parte del titular de la misma. Es conocido, luego, que la formulación tuvo su origen en la dramática existencia de las prácticas de esterilización y de experimentación actuadas en los campos de exterminio.³⁵

Independientemente de estas consideraciones, el art. 32 ha de leerse e interpretarse en su integridad. Éste recita: “La Republica tutela la salud como fundamental derecho del individuo e interés de la colectividad, y garantiza tratamientos gratuitos a los indigentes. Nadie puede estar obligado a un determinado tratamiento sanitario si no por disposición de ley. La ley no puede en ningún caso, violar los límites impuestos por el respeto de la persona humana”. La no obligación se encuentra entre la atención a la dimensión social de la salud y el respeto de la persona humana.

La atención social al tema de la salud no es tanto expresión de una actitud pragmático-utilitarista, con base en la cual la autonomía de los individuos es comprendida en función del interés de la colectividad; cuanto de una actitud personalista en base a la cual la colectividad se hace cargo de tutelar la salud de los individuos prescindiendo de la peligrosidad social de determinadas enfermedades. Las personas en condiciones de indigencia, de hecho, deben ser puestas por el conjunto de los conciudadanos en condiciones

de atenderse. Es por tanto el *favor curae* la sustancia del art.32. Es lógico deducir que el tratamiento es un valor que el individuo debe buscar y que –en consecuencia– el rechazo de los cuidados no es un bien ni para la persona enferma ni para la sociedad en su conjunto. Ha de considerarse, además, que el art 32 está colocado bajo el título II de la Constitución que se refiere a las relaciones ético-sociales, aquellas que deben ser inspiradas por el principio de solidaridad. El aspecto primario del art. 32 no es aquel de defender al individuo de hipotéticas opresiones de la tecnología médica, sino, al contrario, el de asegurar a todos la salud.

El apelo al respeto de la persona humana implica la prohibición de recurrir a medidas sanitarias que se imponen con la violencia física o que violan, por ejemplo, la reserva de la persona en armonía con la prohibición de tratamientos inhumanos y degradantes mencionados en el art. 3 de la Convención europea para la salvaguarda de los derechos y de las libertades fundamentales.³⁶

La sustancia del art. 32 constitucional, se funda sobre el *favor curae* y los derechos que reconoce, son el derecho a la salud y el derecho a no sufrir tratamientos sanitarios con sistemas coactivos, ofensivos, degradantes.

¿Qué significa en este contexto la “no obligación de cura”? Significa que no existe un deber estrictamente jurídico –coercible y provisto de sanción– de atenderse, pero no significa ni ausencia de un deber moral-cívico de tratarse ahí donde no hay una ley “obligante”, ni libre disponibilidad de la vida o de la muerte, de la salud o de la enfermedad. En sustancia, si falta la disposición de ley, los cuidados pueden ser legítimamente rechazados, pero permanece el deber moral/cívico de atenderse y de persuadir a la atención médica.

Una prueba se recaba de aquello que comúnmente sucede sin crítica alguna: si alguien rechaza el tratamiento es lícito y quizá un deber que a él sean dirigidos consejos repetidos con el fin de que acepte la terapia. Y viceversa, es merecedor de repudio el comportamiento opuesto: el consejo insistente de no atenderse dirigido a quien, por el contrario, está decidido a recurrir a las terapias oportunas.

El *favor curae* y la no obligación jurídica de tratarse, refuerzan y aclaran el significado de la voluntad del paciente en la relación de salud. La participación responsable y activa del paciente, de hecho, a través del diálogo con el médico, asegura mayor eficacia al tratamiento mismo porque la decisión de la solución terapéutica es presumiblemente la mejor si se llega a ella a través de un diálogo con el médico (en la así llamada “alianza terapéutica) que comporta el cuánto, el cómo, el lugar, el tipo de las varias posibilidades de terapia, las consecuencias, los efectos colaterales, las alternativas. El consentimiento del paciente está finalizado a la recíproca comprensión y por tanto al mejor resultado de la terapia; ha de leerse en la perspectiva de realizar más eficazmente las intervenciones terapéuticas más oportunas. En todos los casos el objetivo es la salud, no la muerte.

Entonces ¿la muerte puede ser verdaderamente una manifestación del derecho a la salud? Parece, por tanto, bastante paradójico recabar la tutela del mencionado derecho a la muerte por una norma dirigida a asegurar el máximo compromiso público para la vida. El art. 32 no toca, por tanto, el principio de indisponibilidad de la vida humana. Es entonces incorrecto sostener que el “derecho al tratamiento” contendría también el “derecho al no tratamiento” hasta el punto de decidir la muerte. Así como el apelo al principio de la inviolabilidad de la libertad mencionado en el art. 13 constitucional, para legitimar la decisión de morir a través del rechazo de los tratamientos es paradójico: la decisión de morir contradice radicalmente la libertad. ¿Si la libertad es inviolable, cómo puede ser anulable? Como la vida también la libertad es indisponible. En la moderna civilización nadie puede vender o regalar su propia libertad haciéndose esclavo de otros. Del mismo modo la vida es el sustento necesario para la libertad. Perder la primera significa automáticamente perder la segunda. Así no se puede afirmar que la opción por la muerte sea una decisión libre. Ella es, más bien, destrucción de la libertad. Quien salva del intento de suicidio a una persona, no le salva sólo la vida, sino le restituye también la libertad.

Una palabra conclusiva

De cuanto se ha expuesto deriva que en la dimensión biojurídica la cuestión de la indisponibilidad o no de la vida humana, se coloca en el ámbito del principio “no causar la muerte” y no es una indagación que parte del “criterio de pertenencia” (como si se tratase de entender a quién pertenece la vida para decidir qué cosa hacer de ella), sino del “criterio de la igual dignidad” (no pudiéndose interpretar en clave discriminatoria el estado de salud, de enfermedad incurable o de grave discapacidad invalidante) cuyo reconocimiento está confiado a la mirada, propiamente humana, capaz de reconocer el valor del otro. “Se puede olvidar la degradación del propio cuerpo si la mirada de los demás está llena de ternura” está escrito en las páginas de un diario conservado en el Sanatorio de Forlimpopoli. En esta perspectiva se capta toda la importancia de la ley que es la mirada de la sociedad organizada.

Referencias bibliográficas

¹ SALACUNI G. *Il camino verso l'abolizione della pena di morte*. L'indice penale 2009: 1: 7-35.

² GENERAL ASSEMBLY. *Resolution 62/149 Moratorium on the use of the death penalty*. (18.12.2007) (acceso del 04.05.2010, en: <http://daccess-dds-ny.org/doc/UNDOC/GEN/N07/472/71/PDF/N0747271.pdf?OpenElement>): PALASTINA N. *Dicembre 2007: Le Nazioni Unite approvano la risoluzione per la moratoria universale della pena di morte*. I diritti dell'uomo 2008: 1: 62-66

³ GENERAL ASSEMBLY. *Resolution 63/168 Moratorium on the use of the death penalty* (18.12.2008) (acceso del 04.05.2010 en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N08/480/87/PDF/n0848087.pdf?OpenElement>).

⁴ PARLAMENTO EUROPEO. *Risoluzione del 1 febbraio 2007 sulla moratoria in materia di pena di morte: Risoluzione del 26 aprile 2007 sull'iniziativa italiana a favore di una moratoria in materia di pena di morte: Risoluzione del 27 settembre 2007 sulla moratoria in materia di pena di morte* (acceso del 04.05.2010, en http://new.camera.it/cartellecomuni/leg15/RapportoAttivitaCommissioni/commissioni/allegati/03/03_all_pe20070927.pdf).

⁵ GENERAL ASSEMBLY OF UN. *Second Optional Protocol to the International Covenant on Civil and Political Rights, aiming at the abolition of the death penalty*. (15.12.1989, en vigor desde el 16.09.1994), (acceso del 04.05.2010, en <http://>

web.amnesty.org/library/index/engAC00061997), ratificado por Italia con la ley 09.12.1994, n. 734. Gazzeta Ufficiale del 31 de diciembre de 1994, n. 305, Supp. Ord., El texto puede leerse también en CONSO G, SACCUCCI A. *Codice dei diritti umani*, Padova: Cedam; 2001:Cedam; 2001:90-94.

⁶ ASSEMBLEA GENERALE DELLE NAZIONI UNITE. *Patto Internazionale sui diritti civil e politici*. (16.12.1966) (acceso del 04.05.2010, en <http://www.annaliistruzione.it/ri-riste/annali/pdf/030498/030498arl7.pdf>).

⁷ GENERAL ASSEMBLY OF THE ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. *Protocol to the Amedican Convention on Human Rights to Abolish the Death Penalty*. (8.12.1990). Asunción Paraguay, O.A.S. Treaty Series No. 73 (1990) (acceso del 04.05.2010, en <http://amnesty.org/library/index/engACT500061997>).

⁸ ORGANIZZAZIONE DEGLI STATI AMERICANI. *Convenzione americana sui diritti dell'uomo*. (22.11.1969), San José de Costa Rica; Vitta E, Grementieri V. *Codice degli atti internazionali sui diritti dell'uomo*. Milán: Giuffrè; 1981: 1004-1083.

⁹ La *Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo*, firmada en Roma el 4 de noviembre de 1950, ha sido ratificada por Italia con la Ley del 4 de agosto de 1955, n. 848.

¹⁰ CONSEIL DE L'EUROPE, *Protocole n. 6 à la Convention de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertès fondamentales concernant l'abolition de la peine de mort*. (28.04.1983). Ets114. Strasburgo (acceso del 04.05.2010. en: [http://convention.coe.int/Treaty\(EN/WhatYouWant.asp?NT=114\)](http://convention.coe.int/Treaty(EN/WhatYouWant.asp?NT=114)). El texto puede leerse también en CONSO, SACCUCCI, *Codice dei diritti umani...*, pp. 381-384.

¹¹ ID. *Protocole n. 13 à la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme el des Libertès Fondamentales, relatif à l'abolition de la peine de mort en toutes cir-constances*, (03.05.2002), STE, n. 187, Vilnius.

¹² *Trattato di Lisbona che modifica il trattato sull'Unione europea e il trattato che istituisce la Comunità europea*, firmado en Lisbona el 13 de diciembre de 2007. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, C306/10, 17 de diciembre de 2007.

¹³ *Carta europea dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* en CONSO, SACCUCCI. *Codice dei diritti umani...*, pp. 557-584.

¹⁴ Ley del 13 de octubre de 1994, n. 589, *Abolizione della pena di morte nel códice penale militare di guerra*. Gazzetta Ufficiale n. 250 del 25 de octubre de 1994. Tal ley es el fruto de la PDL. n.4154 del 2 de agosto 1898, *Abolizione della pena di morte nell'ordinamento giuridico italiano*, presentada –en ocasión del bicentenario de la Revolución francesa (asociada frecuentemente a la práctica de la “guillotina”)– por Carlo Casini y Al.

¹⁵ Legge Costituzionale 2 ottobre 2007 n. 1, *Modifica al art. 28 della Costituzione concernente l'abolizione della pena di morte*. Gazzetta Ufficiale n. 236 del 10 de octubre de 2007.

¹⁶ GOISIS L. *La revisione dell'art 27, comma 4 della Costituzione: l'ultima tappa di un lungo cammino*. Rivista italiana di diritto e procedura penale 2008; 4: 1655-1693; SCORZA E. L.C. 2.10.2007 n. 1. *Modifiche all'art. 27 della Costituzione concernente l'abolizione della pena di morte*. La legislazione penale 2008; 2: 127-135.

¹⁷ CARVALE M. *Pena senza morte*. Questinoe giustizia 2008; 1: 51-62.

¹⁸ CORTE COSTITUZIONALE. *Sentenza 25-27 giugno 1996 n. 223*. Gazzetta Ufficiale

del 3 de julio de 1996 (acceso del 04.05.2010, en [http://www.cortecostituzionale.it/giurisprudenza/pronunce/schedaDec.asp?](http://www.cortecostituzionale.it/giurisprudenza/pronunce/schedaDec.asp?Comando=RIC&bVar=true&TrmD=&TrmDF=&TrmDD=&TrmM=&iPagEl=1&iPag=1)

Comando=RIC&bVar=true&TrmD=&TrmDF=&TrmDD=&TrmM=&iPagEl=1&iPag=1).

¹⁹ Respectivamente en los artículos 52 y 54 del Código penal italiano.

²⁰ Véase, por ejemplo,; CORTE COSTITUZIONALE. *Sentenza (30 de enero) 10 de febrero de 1997. n. 35.* Jurisprudencia constitucional 1997; I: 281-293 COMITATO NAZIONALE POR LA BIOETICA (CNB). *Identità e statuto dell'embrione umano.* Medicina e Morale 1997; 2: 328-349; ID. *Parere su Ricerche utilizzando embrioni umani e cellule staminali.* Medicina e Morale 2003; 4: 725-726; ID. *Adozione per la nascita degli embrioni crioconservati e residuali derivanti da procreazione medicalmente assistita (PMA).* Medicina e Morale 2006; I: 154-168; PARLAMENTO EUROPEO. *Risoluzione (Doc. A2-372/88) sui problemi etici e giuridici della procreazione artificiale umana.* Medicina e Morale 1989; 3: 587-590; CASINI M. *Il diritto alla vita del concepito nella giurisprudenza europea. Le decisioni delle Corti costituzionali e degli organi sopranazionali di giustizia.* Padova: Cedam: 2001.

²¹ CASINI M. DI PIETRO ML. CASINI C. *Profili storici del dibattito italiano sul testamento biologico ed esame comparato dei disegni di legge all'esame della XII Commissione (Igiene e Sanità) del Senato.* Medicina e Morale 2007: I: 19-60.

²² GIUDICE DELL'UDIENZA PRELIMINARE DEL TRIBUNALE DI ROMA. *Sentenza 23 Lulio-17 ottobre 2007, n. 2049.* (acceso del 06.05.2010, en <http://www.penale.it/page.asp?mode=1&IDPag=483>).

²³ *Decreto legislativo 30 aprile 1992 n. 285, Nuovo Codice della strada.* Gazzetta Ufficiale del 18 de mayo de 1992, n. 114, Serie ordinaria.

²⁴ PARLAMENTO EUROPEO E CONSIGLIO. *Direttiva 2005/41/CE del 7 de septiembre che modifica la direttiva del 76/115/CEE del Consiglio per il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative agli ancoraggi delle cinture di sicurezza di veicoli a motore.* Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea L255 del 30 settembre 2005: 149-151.

²⁵ *Legge 26 giugno 1967 n. 458. Trapianto del rene tra persone viventi.* Gazzetta Ufficiale 27 giugno n. 160, edizione straordinaria; *Legge 16 dicembre 1999 n. 483. Norme per consentire il trapianto parziale del fegato.* Gazzetta Ufficiale del 20 dicembre 1999 n. 297 Serie Generale.

²⁶ En un escrito rico de argumentaciones L. Eusebi observa que "el principio de autonomía (...) no permite justificar la decisión del individuo de anular su propia existencia (...) actuando y exigiendo conductas, comisivas y omisivas, idóneas para producir la muerte" (Eusebi L. *Il principio di autonomia. Prospettive di una ricostruzione non orientata in senso eutanásico.* Medicina e Morale 2006; 6: 1147-1161.

²⁷ CASINI C. *Sulla "disponibilità" de la vida humana.* Famiglia oggi 2008; 2:8-15.

²⁸ Cnb. *Rifiuto e renuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente medico.* (24.10.2008) (acceso del 04.05.2010, en http://www.governo.it/bioetica/testi/Rifiuto_postille_9_11_008.pdf).

²⁹ EUSEBI L. *Il cittadino e la salute, tra libertà e responsabilità.* Tendenze nuove. Materiales de trabajo sobre sanidad y salud de la Fundación Smith Klaine 2002; 6: 531-539.

³⁰ CASINI C. *La legge sul "fine vita" dopo il caso Eluana. Un contributo di riflessione* in Coluccia F (coordinador). *Il mondo della salute tra-cambiamenti e sfide educative*. Bari: Arti Grafiche Favia Editore; 2010: 43-45.

³¹ CASINI M, TRASCIO E, PERSANO F. *Orientamenti giurisprudenziali in tema di volontà attuale del paziente prima del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica del 24 ottobre 2008*. *Medicina e Morale*; 1: 31-57.

³² CASINI C, CASINI M, DI PIETRO ML. *Eluana é tutti noi. Perché una legge e perché no al "testamento biologico"*. Firenze: Società Editrice Fiorentina; 2008; EUSEBI L. *Criteriologie dell'intervento medico e consenso*. *Rivista italiana di medicina legale* 2008; 6: 1227-1251.

³³ CHOCHINOV HM. *Understanding the will to live in patients nearing death*. *Psychosomatics* 2005; 46: 7-10; CHOCHINOV HM, HACK T, HASSARD Y AL. *Dignity in the terminal ill: A cross-sectional, cohort study*. *Lancet* 2002; 360: 2026-2030.

³⁴ EUSEBI L. *Dignità umana e bioetica. Sui rischi correlati all'asserito "diritto di morire"*. *Medicina e Morale* 2009; 3: 389-411.

³⁵ ID. *L'eutanasia come problema giuridico*. *Ragion pratica* 2002; 19: 99-144; FIORI A. *Il caso Welby, i pesi e le misure*. *Medicina e Morale* 2007; 1: 9-17; IADECOLA G. *Potestà di curare e consenso del paziente*. Padova: Cedam; 1998.

³⁶ CONSIGLIO D'EUROPA. *Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti e delle libertà fondamentali* (Roma, 4 de noviembre de 1950). CONSO, SACCUCCI. *Codice dei diritti umani...*, pp. 345-358.

El neonato: un apátrida moral

*Carlo V. Bellieni**

Resumen

El acercamiento ético al tratamiento del neonato es netamente diferente de aquel hacia el adulto sobre todo en tres campos: la reanimación, el tratamiento del dolor, la ejecución de estudios científicos. Esto depende en buena parte de un diverso estado moral del neonato que podemos llamar de “apátrida moral”, un estado en el cual todavía —explícita o implícitamente— no son reconocidos al bebé nacido plenos derechos. Dos son los motores de esta incerteza: una extensión al neonato del estado de no-persona, en el cual muchas legislaciones relegan al feto; y un obstáculo hacia una plena ciudadanía debido a la ausencia de autonomía. El fenómeno indica una subordinación del ser humano al formar parte del número de los “ciudadanos” ligada a la “aceptación” por parte de terceros, que se extiende por algunas características incluso más allá de la época neonatal.

Summary

Newborn: a moral stateless

The ethical approach for treatment of newborn differs from that reserved to the adult in three main areas: intensive care, pain management, and scientific studies. This greatly depends on a diffe-

* Director Médico UO Terapia Intensiva Neonatal, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese; Miembro corresponsal de la Pontificia Academia Pro Vita (E-mail): e.bellieni@tin.it).

rent moral status of the newborn, that we call “moral stateless”, a state in which full rights are yet explicitly or implicitly denied to the child. The sources of this uncertainty are two: an extension of non-person state to the newborn and an obstacle to full citizenship due to lack of autonomy. This phenomenon indicates that personhood is subordinated in some cases to the “acceptance” by third parties, which in some cases exceeds the neonatal period, as it will be discussed in the text.

Palabras clave: neonato, autonomía, derechos.

Key words: newborn, autonomy, rights.

En los últimos años, se ha suscitado el florecimiento de líneas-guía para regular la suspensión de los cuidados en edad neonatal. Las líneas-guía más en boga en los países occidentales se basan en la no-reanimación por debajo de una cierta edad desde la última menstruación (edad gestacional, EG). La justificación de esta decisión se explica no sólo con la imposibilidad de reanimar al bebé por debajo del umbral del desarrollo preseleccionado, sino también con el hecho de que por debajo de la edad gestacional preseleccionada, el riesgo de invalidez es tan alto, que hace pensar a algunos que la supervivencia no constituye la mayor conveniencia para el neonato. Además, según recientes investigaciones,¹ muchos médicos tienen en cuenta no sólo la mayor conveniencia del neonato, sino además la mayor conveniencia para los padres, cuando se trata de decidir si reanimar un neonato extremadamente prematuro.

Cuanto se ha referido, muestra un tratamiento diferente entre neonatos y adultos en situaciones análogas. De hecho, el criterio para la suspensión de los tratamientos para un adulto se apoya en tres puntos fundamentales:

- certeza del diagnóstico y del pronóstico;
- consentimiento informado;
- pronóstico de muerte o de un estado no tolerable del paciente.

Las líneas-guía del *American Lung Association*,² el documento más

citado en la literatura para el ordenamiento ético en caso de reanimación del paciente adulto, son claras en este sentido.

En el caso de neonatos, en cambio, tenemos la incidencia de dos principios que en el adulto no se tienen en cuenta:

— *la conveniencia de “terceros”*:³ un reciente estudio internacional sobre los comportamientos de los neonatólogos en la sala de parto, refiere que “en todos los países, la mayoría de los médicos concuerda que el peso para la familia es un dato relevante cuando se toman las decisiones sobre el fin de la vida”.⁴

— *el pronóstico probabilístico*: se elige reanimar no sobre la base de un pronóstico acertado, sino probabilístico, como es la determinación del desarrollo del bebé, hecho a través de la datación del embarazo.

No es este el único campo en el que el neonato es tratado de modo diferente respecto al adulto: baste pensar al tratamiento del dolor, campo en el cual tenemos un uso de la analgesia realmente distinto entre el adulto y el neonato, con la misma capacidad de percibir el dolor. Eventos traumáticos como el drenar acumulaciones de aire de la pleura con un trocar⁵, el cual se hace pasar por la pared torácica, no sería nunca aceptable por un adulto sin anestesia, cosa que no siempre, pero demasiado frecuentemente, sucede con los neonatos, como se puede ver en una reciente reseña.⁶ Eh aquí que se pregunta el por qué de esta escasa atención a un derecho básico como la analgesia, y conjeturamos diversas hipótesis: incapacidad del neonato para hacer valer sus propios derechos, escasa cultura del dolor entre los médicos, prisa en los hospitales congestionados, certeza de impunidad, no reconocimiento del ser persona del bebé.

También en la ejecución técnica de ciertos estudios científicos se nota una diversa actitud, tanto por la cantidad de sangre obtenida del neonato, como por el uso del placebo durante eventos dolorosos. Un mililitro de sangre parece una cantidad mínima, pero si se le quita a un bebé de un kilo de peso, en realidad corresponde a 250 mililitros en un adulto que raramente aceptaría un *sangrado* si-

milar sin un beneficio real para sí.⁷ El 75% de los estudios sobre el dolor realizados a neonatos utilizan placebo o ningún procedimiento de analgesia en los grupos de control,⁸ no obstante que existan fármacos y procedimientos eficaces: un nuevo fármaco contra el dolor debería ser probado contra un fármaco eficaz preexistente y no contra la “nada”, privando al paciente de la terapia.⁹

Esta diferente consideración ética entre adulto y neonato queda claramente demostrada por los estudios de Annie Janvier,¹⁰ que con serios análisis científicos muestra que hacia el neonato se tiene una actitud muy diferente a la que se tiene el adulto: a paridad de pronósticos el médico se inclina mucho más a reanimar a un adulto de 50 años, que a un neonato prematuro de 24 semanas. La quinta parte de los médicos entrevistados se declara partidario de suspender la reanimación que él juzga conveniente para el bebé, si así les es solicitado por la familia.¹¹ La autora de estos estudios concluye escribiendo que “el valor atribuido a la vida del neonato, en particular al prematuro, es inferior de cuanto se debería esperar de los datos médicos objetivos”.¹² Diversos estudios demuestran además que el pronóstico y la calidad de vida de los bebés que podrían ser candidatos a la suspensión de los cuidados, son mejores de cuanto el médico mismo cree y que los mismos enfermos sobrevivientes, tienen de sí una impresión de calidad de vida mejor de aquella valorada por sus propios médicos.¹³ En fin, no podemos olvidar cuánto es que los prejuicios personales interfieren al tomar las decisiones sobre vida y muerte en esta época, como hemos mostrado en una reciente reseña que analiza la literatura científica internacional; hemos visto que tanto el sexo del médico, como su pertenencia religiosa, su edad, la visión que tenga sobre la invalidez (por ejemplo, si cree que una vida con grave discapacidad física merezca ser vivida); influyen sobre su propensión a reanimar.¹⁴ Un estudio australiano ha mostrado que los médicos que son menos propensos a reanimar a los neonatos graves, son aquellos que más tienen miedo de la muerte.¹⁵

Se trata de entender por qué ocurre que el neonato reciba tales tratamientos desventajosos respecto al adulto, como si todavía no le

fuese concedida una plena ciudadanía.¹⁶ Son dos las razones: una que impulsa por detrás (anterógrada) y otra por delante (retrógrada): la primera se refiere a la extensión hacia adelante, después del nacimiento, de la falta de derechos del feto; la segunda atañe al bloqueo en la entrada a la edad de los derechos.

Ímpetu anterógrado (aborto y entornos)

Antes del nacimiento, los derechos del individuo están en muchas culturas subordinados a aquellos del individuo ya nacido. Es un punto de vista arbitrario, pero imperante al menos en los países occidentales. Un criterio de estricta lógica que se pregunte dónde llega a terminar dicho estado de subordinación, difícilmente encontrará una respuesta satisfactoria en el nacimiento, momento en el cual, además del ingreso del aire en los pulmones desde el punto de vista fisiológico, cambia muy poco en el organismo. Por tanto, para quien niega el estatuto de persona desde la concepción, se puede presuponer, o bien una adquisición progresiva de los derechos que llega a una plena posesión de ellos (por ejemplo con la adquisición de autoconsciencia), o a una adquisición del tipo on-off, pero con otra fecha distinta del nacimiento, por ejemplo el primer mes de vida. En estas dos últimas soluciones, el status del neonato es “succionado” hacia el status fetal, al cual muchas legislaciones no atribuyen derechos. Una mentalidad favorable al aborto no puede oponerse a estas dos últimas soluciones, dado que se encontrará en grave problema frente a la paradoja de la adquisición de los derechos civiles con el nacimiento. Tal paradoja se debe a la constatación que los fetos de 3 kilos no tienen derechos en cuanto no han nacido, pero fetos de 500 gramos los adquieren aún estando menos desarrollados de los primeros, por el sólo hecho de haber nacido prematuramente, cosa que abre un punto de interrogación sobre la licitud de no dar derechos a quien está más desarrollado, sólo por el hecho de que todavía se encuentra encerrado en el útero.

Ímpetu retrógrado (la fuerza de la autonomía)

Esta motivación podemos definirla “en reversa”, dado que depende de un impulso desde adelante, dispuesto a bloquear la adquisición del estado de persona. Podemos reconocer este impulso como una barrera basada en dos suposiciones típicas de la sociedad postmoderna: el primero es que tiene ciudadanía sólo quien tiene *autonomía*; el segundo es que se acepta sólo a quien se presume tendrá una autonomía futura, considerada con base en exámenes o en falta de evidentes defectos, que pasa a través de un acto de expansión de la autonomía de los padres que se hacen garantes de la futura autonomía del hijo.¹⁷ En el caso de que la posibilidad de autonomía sea dudosa, resulta dudoso también el estatus del sujeto.

Lo que hasta ahora hemos considerado es el problema de cuándo sea adquirida la ciudadanía moral, como preguntaba en 1996 P. Maroteaux en la revista *Archives de Pédiatrie*, en un artículo titulado “J'accuse! ¿La baja estatura tiene todavía derecho de ciudadanía?”,¹⁸ en la cual el autor, eximio estudioso del enanismo, reclama no los derechos, sino el mismo estado de ciudadanos para las personas de baja estatura. La ciudadanía moral, retirada en ciertas culturas y en ciertas épocas a varias etnias o al sexo femenino, ha sido puesta en discusión para los neonatos en riesgo de vida: ya no fetos, sino del peso de un feto, y de la misma naturaleza de un adulto, pero sin tener la expresión completa, a la cual se reservan tratamientos aún no plenamente para una persona.¹⁹

Cuanto se ha dicho reclama una decisión: revalorar cada momento del desarrollo humano como digno de derechos o señalar barreras. El problema, como se intuye, implica a toda la infancia, época en la cual el derecho parece pasar a través de la aceptación por parte del mundo de los adultos, precisamente porque, una vez aceptado el criterio de las barreras, estas se multiplican. Inicialmente se trata del derecho a la vida, luego del derecho a la libertad: la libertad de errar, de desilusionar, de crecer. Es de hecho una incapacidad estructural la de la sociedad occidental de aceptar al bebé,

al infante, cuando no satisface las pretensiones y las expectativas de los padres o de la sociedad. No es rechazado sólo en época prenatal, si no es conforme a los deseos o a las oportunidades de los padres o de la sociedad; es decir, este rechazo continua años después del nacimiento. Y no por casualidad uso la palabra “rechazo”, que es normalmente usada para indicar la negación al arribo en tierras europeas (justa o injusta que sea) de prófugos clandestinos apátridas. Los bebés son prófugos a los cuales abrimos selectivamente nuestras fronteras: antes de nacer son sometidos al tamiz de exámenes genéticos para valorar su conformidad con las expectativas de los padres y de la sociedad; luego de nacer pasan por la criba actitudinal de la escuela (o de la sociedad deportiva) y su fracaso escolástico (o deportivo) es vivido por los padres como su propio fracaso, que frecuentemente no logran o no quieren aceptar. Es una sociedad pedofóbica, que no acepta al bebé en cuanto tal, sino “con la condición de”, y filtra y acepta selectivamente. En la sociedad de la aceptación selectiva encuentra ciudadanía el debate bioético si “producir bebés es sólo irracional o también inmoral”;²⁰ en el cual voluntariamente no se reconoce el dato de hecho (“es, si existe”), sino acepta el hijo sólo en clave utilitaria (“es, si sirve”).

El status del neonato depende de dos visiones de vida significadas por dos términos: *aceptación* (acción activa de los padres y de la sociedad) y *dato* (acción activa del neonato puesta en acto con el mismo estar vivo). La primera pone condiciones para evitar riesgos de fracasos, la segunda arriesga la autonomía de los adultos para no poner condiciones. Siguiendo el criterio de la *aceptación*, el tratamiento del neonato estará subordinado necesariamente a su conformidad a los deseos y a las decisiones ajenas, de las cuales se puede abdicar, pero que quedan como un derecho al cual eventualmente renunciar a favor del neonato pobre de derechos. Siguiendo el criterio del *dato*, el tratamiento del neonato reposará exclusivamente sobre datos clínicos y, por tanto, sobre la posibilidad de vida del bebé y sobre la aceptabilidad y utilidad de los tratamientos para él. Ningún operador sanitario que tenga que tratar con los bebés

recién nacidos puede sustraerse de una decisión entre estos dos campos: de hecho, tal decisión se realiza, cada vez que se acerca a un neonato, incluso sin explicitarla; se trata de hacerla consciente, para que no se tenga que seguir el uso común o protocolos abstractos, y con el fin de que prevalezcan consciencia, razón y libertad, y estas juzguen el propio trabajo.

Referencias bibliográficas

¹ REBAGLIATO M, CUTTINI M, BROGGIN I. et Al.; EURONIC STUDY GROUP (EUROPEAN PROJECT ON PARENT'S INFORMATION AND ETHICAL DECISION MAKING IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS). *Neonatal end-of-life decision making: Physicians' attitudes and relationships with self-reported practices in 10 European countries*. JAMA. 2000; 284 (19): 2451-2459.

² AMERICAN THORACIC SOCIETY. *Withholding and withdrawing life-sustaining therapy*. Am Rev Resp Dis. 1991; 144 (3): 726-731.

³ M.L. Gross, en un análisis comparativo de los comportamientos de los médicos en cuatro países escribe que "hay un consenso general hacia el neonaticidio subordinado a la valoración hecha por los padres de la mayor conveniencia para el neonato, considerado en modo amplio tanto para comprender el daño físico, así como el daño social, psicológico y financiero" se vea bien "a terceros", GROSS M. L. *Abortion and neonaticide: ethics, practice, and policy in four nations*. Bioethics. 2002; 16 (3): 202-230.

⁴ REBAGLIATO M, CUTTINI M, BROGGIN I. et Al.; EURONIC STUDY GROUP (EUROPEAN PROJECT ON PARENT'S INFORMATION AND ETHICAL DECISION MAKING IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS). *Neonatal end-of-life...*

⁵ Trocar: instrumento quirúrgico puntiagudo dispuesto para abrir un pasaje para hacer penetrar en una cavidad del cuerpo una cánula flexible.

⁶ LAGO P, GAUDAGNI A, MARAZZI D. et Al.; PAIN STUDY GROUP OF THE ITALIAN SOCIETY OF NEONATOLOGY. *Pain management in the neonatal intensive care unit: a national survey in Italy*. Paediatr Anaesth. 2005; 15 (11): 925-931.

⁷ BELLINI CV, BUONOCORE G. *Recommendation for an ethical treatment of newborns involved in clinical trials*. Acta Paediatr. 2010; 99 (1): 30-32.

⁸ AXELIN A, SALANTERA S. *Ethics in neonatal pain research*. Nurs Ethics. 2008; 15: 492-499; BELLINI CV, BUONOCORE G. *No analgesia to the control group: is it acceptable?* Pediatrics 2010; 125 (3): e709.

⁹ BELLINI CV, BUONOCORE G. *No analgesia...*

¹⁰ JANVIER A, LEBLANC I, BARRINGTON KJ. *The best-interest standard is not applied for neonatal resuscitation decisions*. Pediatrics 2008; 121 (5): 963-969; Janvier A, Barrington KJ, Aziz K et Al. *Ethics ain't easy: do we need simple rules for compli-*

cated ethical decision? Acta Paediatr. 2008; 97 (4): 402-406; JANVIER A, LEBLANC I, BARRINGTON KJ. *The best-interest standard is not applied for neonatal resuscitation decisions.* Pediatrics 2008; 121 (5): 963-969; JANVIER A, BARRINGTON KJ. *Nobody likes premies: the relative value of patients' lives.* J Perinatol. 2008; 28 (12): 821-826.

¹¹ JANVIER, BARRINGTON, AZIZ Y et Al. *Ethics ain't easy...*

¹² JANVIER, LEBLANC, BARRINGTON. *The best-interest standard...*

¹³ JANSE AJ, SINNEMA G, UITERWAAL CS et Al. *Quality of life in chronic illness: children, parents and paediatrician have different, but stable perceptions.* Acta Paediatr. 2008; 97 (8): 1118-1124.

¹⁴ BELLINI CV, BUONOCORE G. *Flaws in the assessment of the best interest of the newborn.* Acta Paediatr. 2009; 98 (4): 613-617.

¹⁵ BARR P. *Relationship of neonatologist' end-of-life decisions to their personal fear of death.* Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007; 92: F104-F107.

¹⁶ Algunos autores sostienen que ciertas capacidades "deben estar presentes por períodos prologados, para que la identidad humana –el ser persona– pueda quedar formada. Ciertamente, también los neonatos sanos no poseen estos atributos y no son personas en estos términos" (DOYAL L, WISHER D. *Towards guidelines for withholding and withdrawal of life prolonging treatment in neonatal medicine.* Arch Dis Child. 1994; 70: F66-F70).

¹⁷ Varios estudios muestran cómo en diversos países el parecer de los padres sea fundamental para reanimar los neonatos en riesgo

¹⁸ Matoteaux P. *"J'accuse!" la petite taille a-t-elle encouré droit de cité?* Arch Pediatr. 1996; 3649-650.

¹⁹ HIMMA KE. *A dualist analysis of abortion: personhood and the concept of self qua experiential subject.* J Med Ethics. 2005; 31 (1): 48-55; DONOVAN P. *When does personhood beginning of life. The embryo as a marginal being.* Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung 2008; 51 (8): 835-841; DECKERS J. *Why current UK legislation on embryo research is immoral. How the argument from lack of qualities and the argument from potentiality have been applied and why they should be rejected.* Bioethics 2005; 19 (3): 251-271.

²⁰ SIMONSTEIN F. *A rational cure of prereproductive stress syndrome – perspective from Israel: a rejoinder to Häyry, Bennet, Holm, y Aksoy.* J Med Ethics. 2005; 31 (9): 557; HAYRY M. *A rational cure for prereproductive stress syndrome.* J Med Ethics. 2004; 30 (4): 377-378; AKSOY S. *Response to: A rational cure for pre-reproductive stress syndrome.* J Med Ethics 2004; 30 (4): 382-383.

Las espaldas de los médicos son anchas, «pero no tanto»*

*Enrique Villanueva Cañadas***

Resumen

El artículo toma en consideración los aspectos controversiales de la Nueva Ley de Aborto en España (implementada el 5 de Julio de 2010) utilizando las declaraciones de la Ministra Española de Salud acerca de cómo la nueva ley resolverá el problema del consentimiento informado de las mujeres menores de edad, 16 y 17 años, si ellas deciden abortar y no informar de ello a sus padres.

La Nueva Ley determina un cambio total respecto de la primera ya que define al aborto como un derecho de las mujeres. La nueva ley establece que las mujeres tienen derecho a practicarse un aborto en un hospital público antes de la semana 14 de gestación. La ley anterior, de 1985, despenalizaba el aborto en tres casos, aborto ético, cuando el embarazo fue producto de una violación; eugenésico, cuando hubiese seria evidencia de una malformación y problemas congénitos en el feto; y terapéutico cuando haya una seria amenaza o peligro a la vida o a la salud de la madre. Adicionalmente, a lo anterior, se han establecido plazos a la interrupción del embarazo: 12 y 22 semanas para la ética y la eugenésica respectivamente e ilimitada para la terapéutica.

El autor del artículo critica el razonamiento del gobierno en cuanto al cambio de la ley existente así como desde el punto de

* Una parte de este artículo ha sido publicado en el periódico Ideal de Granada.

** Catedrático de Medicina Legal, Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental (e-mail: guadalfe040@telefonica.net).

vista de las regulaciones del derecho a la Objeción de Conciencia para practicar un aborto por los médicos.

El artículo resalta también los aspectos más controversiales de esta nueva ley, aprobada sin consenso social o político: el derecho de la mujer menor de edad a practicarse un aborto sin informar ni obtener el consentimiento de su padres o tutores legales, si estas mujeres jóvenes declaran que la obtención del permiso podría representar un problema en las relaciones dentro de su familia.

La nueva ley responsabiliza a los médicos de investigar la verdad detrás del alegado conflicto familiar cuando son enfrentados con casos sin el consentimiento paternal. El autor del artículo señala el rol de policía dado a los médicos forzados a investigar circunstancias personales de adolescentes desconocidos que llegan a ellos con la intención de practicarse un aborto. Esto último no es un acto médico el cual no puede ser castigado por esta clase de responsabilidad.

Summary

Physicians' shoulders are broad, but not too much

The article takes into consideration the controversial aspects of the new Abortion Law in Spain (implemented 05.07.10) using the Declarations of the Spanish Health Minister about how will the new Law resolve the matter of consent in under-age women, aged 16 and 17 years old if they choose not to inform their parents of their decision of having an abortion.

The new Law means a total change from the previous one as it defines the abortion as a Right for women. The new Abortion Law states that women have the right to have an abortion in a public hospital before the 14th week. The former Law from 1985 decriminalized abortion in three cases: ethical abortion, when the pregnancy was the result of rape; eugenic, when there was the assumption of serious malformations and congenital problems in the fetus; and therapeutically, when there was a life threat or any danger to the physical or psychical health of the mother. In addition to these the voluntary interruption of a pregnancy was subjected

to time frames: 12 and 22 weeks for ethical and eugenic respectively and unlimited to therapeutic.

The author of the article criticizes the government's reasoning in order to change the existing law as well as the regulations of the Right of Conscientious Objection to the performance of an abortion by doctors.

The article draws attention also to one of the most controversial aspects of this new law, passed without social or political consensus: the right of under-age women to have an abortion without informing and getting the consent of their parents or legal tutors, if these young women declare that getting permission could represent a problem in the relationship within the family.

The new law makes doctors responsible of investigating the truth behind the alleged family conflict when they are approached by a case without paternal consent. The author of the article critically points out the role of "policemen" given to doctors forced to investigate personal circumstances of completely unknown adolescents that come to them with the intention of having an abortion. This is not a medical act and doctors cannot be burdened by this kind of responsibility.

Palabras clave: aborto, objeción de conciencia, consentimiento del menor.

Key words: abortion, conscientious objection, consent of an underage.

“Yo tengo, Sr. Casares Quiroga, anchas espaldas”. Esta frase, pronunciada por Don José Calvo Sotelo, ¹ en la aciaga sesión parlamentaria del 16 de Junio de 1936, ha pasado a la historia, como una metáfora para significar lo que una persona de bien debe estar dispuesta a soportar en beneficio de la patria o de la sociedad, pero también para marcar el límite de lo exigible.

Los médicos tienen anchas las espaldas. Desde Hipócrates hasta nuestros días, han cargado sobre ellas los pesados fardos del sufrimiento y dolor de la humanidad. Han ofrecido su brazo generoso para guiar y confortar a los pacientes desesperanzados y muy re-

cientemente, han ofrecido su rostro para ser rompeolas de la frustración de muchos pacientes.²

Ahí los vemos en las trincheras luchando contra la adversidad de la enfermedad y, lo que es peor, contra la indigencia espiritual y la cicatería de los políticos, que prometen y prometen el paraíso en épocas electorales y luego recortan el tiempo y los recursos hasta hacer de la medicina una profesión más heroica que nunca.³ En la época del esplendor de los derechos en que vivimos, como exponente supremo del estado de bienestar, en la que a diario se rifa alguno en la tómbola de las caridades, muy pocos han ido a manos de los médicos. Sí que les toca, en cambio, alguna querrela, o alguna agresión, pero muy pocos premios.

Pero las espaldas por anchas que sean no pueden soportar todas las cargas, muchas de ellas disfrazadas de derechos, ni todas las ocurrencias, por llamar de este modo piadoso a la que acaba de tener la Ministra de Sanidad, doña Trinidad Jiménez, a propósito del Proyecto de Real Decreto que desarrollará la Ley 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que entrará en vigor el próximo día 5 de julio de 2010, mejor conocida por el pueblo Español por la realidad que desarrolla: Nueva ley del aborto.

En el preámbulo de esta ley se dice: “El primer deber del legislador es adaptar el Derecho a los valores de la sociedad cuyas relaciones ha de regular, procurando siempre que la innovación normativa genere certeza y seguridad en las personas a quienes se destina, pues la libertad sólo encuentra refugio en el suelo firme de la claridad y precisión de la Ley (el subrayado es mío). *Ese es el espíritu que inspira la nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo*”. Aplaudo con entusiasmo este enunciado como base para construir una ley guiada por la ética y la justicia, de ahí que sorprenda como un legislador que se basa en estos presupuestos pueda traicionarlos tan pronto y tan gravemente, haciendo una ley tan injusta y tan falta de seguridad jurídica para los médicos.

Más adelante se justifica la necesidad de una nueva ley, entre otras cosas, para dotar a los médicos de más seguridad a la hora de su actuación profesional. Dice el preámbulo: “A lo largo de estos años, sin embargo, la aplicación de la ley ha generado incertidumbres y prácticas que han afectado a la seguridad jurídica, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien jurídico penalmente tutelado y que, en contra del fin de la norma, eventualmente han podido poner en dificultades a los profesionales sanitarios de quienes precisamente depende la vigilancia de la seguridad médica en las intervenciones de interrupción del embarazo”.

Desde la Organización Médica Colegial y desde la Comisión Central de Deontología, ya se le dijo al Gobierno, que si ese era el motivo para promulgar una nueva ley, por la que se transforma en un derecho de la mujer —que antes era un delito despenalizado en ciertos supuestos—, a la vez que creaba una obligación para el médico, que se abstuviera de modificar la ley, que no nos agobiara con tanta generosidad, luego difícil de corresponder.⁴

La ley ya asigna a los médicos unos cometidos que resultarán difíciles de asumir, porque al fin y al cabo persisten los mismos problemas de antes: plazos e indicaciones. Entre otras falacias se ha vendido que con la nueva ley se gana en seguridad jurídica para las mujeres y para los médicos. No podemos estar de acuerdo con este aserto porque es falso. La ley anterior era y es muy clara, y está dotada de las salvaguardas legales y técnicas para garantizar los derechos de la mujer y del *nasciturus*. Aquellos que dicen que la ley no ha funcionado han sido, justamente, los grandes beneficiarios de la misma: las clínicas abortistas. La ley se incumplió desde el primer momento, con el beneplácito de todos los poderes que tenían el deber de su control. En España se han producido 112 138 abortos legales en 2007 según datos oficiales, de ellos el 96,93% acogándose al tercer supuesto despenalizado, el de que el embarazo supone un riesgo para la salud de la madre. Muchas mujeres extrajeras, en cuyos países existe una ley de plazos, han venido a España para

abortar. El proyecto sigue siendo para una ley de indicaciones, como lo era la anterior. Pues aunque se dice que el aborto es libre hasta las 14 semanas, a las 14 semanas y un día ya es ilegal. ¿Quién decide que la mujer está por debajo de la fecha límite? Siempre se introducirá en cualquier ley, sea cual sea su formulación, un elemento que marcará el límite de la ilicitud y éste será manipulable como lo ha sido en la ley anterior. La otra gran falacia es que se dice que esta ley introduce un consentimiento informado para la mujer que la otra ley no tenía. Esto es radicalmente falso. En el Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre, sobre Centros Sanitados Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica Legal de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, se establecen todos los requisitos para llevar a cabo un aborto y en concreto en el art. 9, se desarrollan las obligaciones que los médicos tienen de informar a la mujer sobre los riesgos del aborto y las ayudas a que puede acogerse. La nueva ley no da más garantías, ni para la mujer, ni para el *nasciturus*. Las bondades de las leyes, en general, dependen más de cómo se aplican que de su redacción.

Otra falacia que se ha venido divulgando es que los médicos tendrán más seguridad jurídica al aplicar la ley. Ello es falso. La ley en vigor es clara en cuanto a definir las indicaciones y muy clara en cuanto a los sistemas y medios de diagnóstico para definir los supuestos en los que se puede practicar un aborto. El abuso no se ha debido a la ley, sino a la inmoralidad de algunos médicos y la pasividad de todos, además, el gobierno del PSOE se apresuró en suprimir las comisiones hospitalarias que en los centros públicos tenían que autorizar las indicaciones de aborto. Con la nueva ley sí que existe una incertidumbre, pues el médico tendrá que establecer que la mujer se encuentra por debajo de la semana 14 de gestación. Ni la ley, ni el decreto regulador, dicen nada sobre cómo se calculará esta edad gestacional. Suponemos que se hará a partir del desarrollo fetal por mediciones ecográficas. El diagnóstico de la edad de gestación ha ganado en certeza en los últimos años, gracias a que los nuevos ecógrafos permiten mejores mediciones fetales;

pero estos instrumentos, así como el que los maneja, tienen errores que no son trascendentes para los clínicos, pero que sí lo son para establecer el límite legal. La ley no establece ninguna cautela para controlar la edad de la gestación, por lo que ésta queda al arbitrio del médico. Si se plantease la duda de si la mujer está por debajo de las 14 semanas y puede abortar, o por encima y no puede ¿a quién beneficiará el médico, a la madre o al feto? Pues dependerá de quién sea el médico. La nueva ley es restrictiva y penaliza a mujeres que sí se pueden ver en el trance angustiante de abortar. El Art. 15 de la ley recoge que excepcionalmente, previo informe de un médico o dos, según la indicación, y siempre que no se hayan superado las 22 semanas de gestación, se podrá abortar en las mismas indicaciones de la ley anterior; aborto terapéutico, (riesgos para la salud física o psíquica de la madre) y eugenésico (el feto nacerá con graves defectos o se detecten anomalías incompatibles con la vida).

Tal como se redacta el Art. 15 del proyecto, parece que se prohíbe el auténtico aborto terapéutico por encima de las 22 semanas. El aborto terapéutico ha existido siempre, es aceptado por todos, incluidas las iglesias, no puede tener plazos, nunca los ha tenido, ni los puede tener ahora, pues al menos en España se podría aplicar la eximente del estado de necesidad, producir un daño para evitar otro mayor, recogido en el artículo 20 de Código Penal de 1995 (Ley orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre).⁵

Finalmente, el gobierno no tuvo más remedio que ceder a la presión de los grupos parlamentarios y queremos creer que también a la que se ejerció desde la Organización Médica Colegial, y asumió en el texto definitivo de la ley, el derecho a la objeción de conciencia del médico. Pero si se analiza el texto,⁶ se observa que establece una servidumbre difícilmente asumible, como es el que el profesional venga obligado a manifestar con anterioridad y por escrito su condición de objetor. ¿El carácter absoluto y subjetivo del deber de conciencia permite criterios de control? Hay opiniones diversas a este respecto, pero para mí no. La decisión en conciencia no puede valorarse en términos de errónea o cierta, equivocada o

correcta, pero mucho menos en hacer explícito la condición de objetor. En España se ha abierto un debate en los Colegios profesionales de Médicos sobre la conveniencia de que existan listas de objetores. Mi criterio y el de la Comisión Central de Deontología⁷ es que no, pues ello atenta contra el núcleo esencial de la Objeción, que es el ejercicio de la Libertad. El hombre es un ser consciente y como tal, dotado de libertad: libertad de *especificación*, elegir una cosa u otra, de *contrariedad*, elegir lo bueno o lo malo, lo lícito o lo ilícito y de *negación*, puede decir no. De hecho, es el único ser sobre el universo que puede decir no. Es la autoconciencia (*cogito*) la que sostiene el principio de autonomía por el cual, el individuo se emancipa, se autodetermina, de cualquier atadura y no se obliga más que a su propia obra, esto es, a los valores y principios que él se impone. El fundamento ético y legal que subyace en la objeción es la libertad de conciencia: la propia y la del otro. Es contrario a la dignidad humana traicionar o reprimir las propias convicciones y las de los demás. Por ello nos obliga tanto el objeto de nuestra objeción como el que le lleve a otro a objetar. La responsabilidad es también es *responsividad* a una interpelación que llega del otro con el apremio de que sea satisfecha. Ello no es óbice para que la objeción sea siempre un ejercicio de responsabilidad.⁸

No obstante, ni en la imaginación más fantástica y perversa se pensó que se podría llegar tan lejos en las exigencias a los médicos en esta materia, como se pretende llegar ahora con el desarrollo de la Ley.

Las palabras pronunciadas por la Ministra de Sanidad sobre cómo se desarrollará lo previsto en el artículo 13-4 de la ley del Aborto, ha llenado de estupor e indignación a la clase médica. Dice el artículo de la ley Orgánica 2/2010:

“Cuarto. En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades, deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocaría un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo”.

La ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, ha informado que: “las jóvenes que decidan poner fin a su gestación acudirán al centro sanitario, por “regla general”, acompañadas de sus padres o tutores legales. En el caso de que esto no ocurra, y la menor afirme que tiene “miedo o temor a sufrir violencia intrafamiliar o coacciones o algún tipo de presión que pueda torcer su voluntad”, será el médico quien autorice la interrupción del embarazo sin que lo sepan sus padres”.

“El médico tiene que evaluar las circunstancias que la joven le está planteando”, Eso sí, la Ministra en un rasgo de responsabilidad y prudencia ha dicho que si el médico tiene dudas puede solicitar “el informe de un psicólogo o a un trabajador social que certifique que ese miedo puede existir sobre la menor”.

La Ministra Jiménez, que procede de una familia de Fiscales y Juristas de reconocido prestigio, debería saber que las tareas policiales no les corresponden a los médicos y que la defensa de las personas menores desarraigadas y desamparadas está asignada por la Ley al Ministerio Fiscal,⁹ no el médico. En cualquier caso, el hacer estas indagaciones meramente policiales, sería un acto administrativo nunca un acto médico.

¿Acaso será la Ministra de Sanidad la que se enfrente al padre que acuda a un ambulatorio médico pertrechado de santa indignación y probablemente con algo más tras enterarse que su hija ha abortado sin su consentimiento, pero sí con el del Dr. X, el cual dedujo por un breve interrogatorio, que los padres eran unos energúmenos retrógrados y que efectivamente era mejor no decir-

les nada? ¿Acaso será la ministra Sra. Jiménez la que se haga cargo de la niña, que una vez que aborta sin el conocimiento de los padres, éstos deciden que, habida cuenta de las desavenencias, dimiten de las obligaciones legales que la patria potestad les imponen, *que pasan olímpicamente*, utilizando el lenguaje de los jóvenes, de los deberes que el código penal y civil les imponen en el cuidado de los hijos, y que se los transfieren íntegramente al Ministerio de sanidad o de Igualdad?

Los médicos hemos hecho de muchas cosas: de niños continuamente, de garantes de los derechos fundamentales también, pero de policías para averiguar las desavenencias y las relaciones interpersonales de una hija con sus padres, definitivamente no, ni creo que ningún médico, de los que cumplen el Código Deontológico, esté dispuesto a ello. Me temo que el Ministerio de Sanidad va a tener un problema para que esta ley pueda entrar en vigor el próximo 5 de Julio.

Ante un hecho de esta trascendencia parecería lógico adoptar unas medidas que garantizaran la autenticidad de la autorización de, al menos, uno de los padres. Efectivamente, la Sra. Ministra ha pormenorizado que el “consentimiento” del aborto se podrá certificar de “manera presencial” con la compañía de los padres o de sus tutores o también con “una carta o una prueba escrita” o “una fotocopia firmada del carné de identidad”. Según la titular de Sanidad, ésta es una “práctica admitida en derecho” para acreditar el consentimiento en cualquier acto jurídico, por lo que, ha matizado, “no es que haya habido ninguna fórmula especial creada en esta Ley”. Sólo falta un pequeño matiz, en España, para cualquier trámite administrativo, por nimio que sea, la fotocopia del carnet de identidad deberá estar compulsada, con excepción de la autorización para abortar, que al menos por ahora no tiene que cumplir este enojoso requisito.¹⁰

Referencias bibliográficas

¹ Fue un político y jurisconsulto español, ministro de Hacienda entre 1925 y 1930 (durante la Dictadura de Primo de Rivera). Durante la H República destacó como líder de las fuerzas que pretendían la instauración de la monarquía a través del partido Renovación Española. En el tenso periodo entre febrero y julio de 1936, protagonizó varios debates en las Cortes en los que pidió al Gobierno que restableciese el orden público, a su juicio totalmente quebrado, reclamando que en caso contrario tal tarea fuera asumida por el Ejército. En la madrugada del 13 de julio de 1936 un grupo de guardias de Asalto y de militantes socialistas le detuvo ilegalmente en su domicilio y le asesinó. Este suceso precipitó el golpe de Estado que se estaba preparando contra la República. En la dictadura fue honrado como Protomártir de la Cruzada o Protomártir del Movimiento Nacional.

² Según los sindicatos médicos, unos 8 000 facultativos (el 4% del total) han sufrido alguna vez agresiones físicas y un 60% de los 200 000 médicos que hay en España ha recibido amenazas. La Confederación Estatal de Sindicatos de Médicos (CESM) extrae una cifra global que asegura que el 4% de los médicos españoles (199.123 según las últimas cuentas del Instituto Nacional de Estadística de 2005) ha sufrido agresiones físicas en alguna ocasión. La CESM señala además que hasta un 50% de los médicos ha recibido amenazas. De esos, un 4% padecen al final problemas psíquicos, los casos de agresión son dispares y van desde el homicidio a la amenaza. Los estudios sobre violencia contra los médicos en España revelan que un tercio de los facultativos a lo largo de su carrera profesional ha sufrido algún tipo de agresividad por parte de los enfermos o de sus familiares, a la vez que una cuarta parte declara haber sido testigo de malos tratos hacia un compañero. Los datos, obtenidos tras realizar una encuesta a 1 500 médicos, desvelan que las agresiones verbales son las más frecuentes (44%), seguidas de las físicas (28%) y las amenazas (26%). Y retratan al agresor: en un 48% se trata de pacientes y 30% de familiares o acompañantes, mientras que el resto lo formaron enfermos psiquiátricos (11 %) y toxicómanos (10%).

³ La precariedad en el trabajo y la presión que los médicos reciben de sus pacientes y de la administración, ante la masificación y las listas de espera ha obligado a la Comisión Central de deontología a elaborar una *Declaración sobre Los tiempos mínimos en las Consultas médicas* (<http://www.cgcom.org/deontologia/documentos>).

⁴ No siempre todo derecho lleva el correlativo del deber. Yo he sostenido, y el tiempo me ha dado la razón, que con la anterior ley del aborto, los médicos no tenían por qué acogerse a la Objeción de conciencia, un recurso que debe ser el último para negarse a realizar una obligación, porque no existía un deber de practicar el aborto y ello por la siguiente razón: La ley no consideraba la interrupción del embarazo, en los supuestos despenalizados, un derecho. Eran simplemente unas circunstancias de excepcionalidad y por eso no eran delito. El Tribunal Supremo Español ha dicho a propósito de la objeción de conciencia, que antes de

acogerse a ella hay que agotar los otros recursos que el Estado establece, entre ello, si el precepto es legal y en segundo lugar si nos obliga. Por ello la ley anterior, si bien era legal, no generaba un deber para los médicos. Ningún médico pudo ser sancionado por negarse a participar en los abortos y el 99% de ellos se realizan en las clínicas privadas concertadas con el Sistema Nacional de Salud.

⁵ *Artículo 20.* Están exentos de responsabilidad criminal: 5. El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos: 1. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar; 2. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto; 3. Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

⁶ Art. 19-2 Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

⁷ La Comisión Central de Deontología abordó esta cuestión en su sesión de 29 y 30 de enero de 2010 y su sentir mayoritario fue que existían más factores en contra de la elaboración de dichos registros que a su favor y destacaban entre ellos: – *La OC es algo individual e intrínsecamente unido a la conciencia e intimidad de las personas, por tanto no parece adecuado ni necesario hacerlo constar en un registro;* – *El figurar en un registro de objetores, y puede significar estigmatización para los que en él figuren;* – *De la misma existencia del registro se podría deducir que los médicos que no figuraran en él no serían objetores;* – *Cualquier médico que quiera y solicite el amparo del Colegio de Médicos en un asunto sobre OC, debe tener derecho al mismo, aunque no figure en registro previo alguno. Por su parte el Colegio tendrá la obligación de prestarlo.*

⁸ VILLANUEVA CAÑADAS E. *La objeción de conciencia frente al acto médico: un ejercicio de responsabilidad.* OMC.2007; 1.

⁹ Art. 3 del estatuto del Ministerio Fiscal. En materia de responsabilidad penal de menores las funciones que le encomiende la legislación específica, debiendo orientar su actuación a la satisfacción del interés superior del menor.

¹⁰ Una parte de este artículo ha sido publicado en el periódico Ideal de Granada.

Asesoramiento al farmacéutico por centros de información de medicamentos dependientes de corporaciones oficiales en España, como ayuda a su ética profesional

Carlos del Castillo Rodríguez¹

Resumen

La capacidad reguladora en el mundo farmacéutico es extraordinaria, debido a que el medicamento es un bien de consumo intervenido jurídicamente. El fármaco tiene que ser revisado legislativamente debido a su importancia, su repercusión en la salud y en la sociedad.

Su concepción, siempre ha de ir ligada a la figura del el farmacéutico. Dicho profesional sanitario ha de conocerlo a la perfección, debiendo promocionar su uso racional en la población que en muchas ocasiones desgraciadamente no es así.

Además, existen casos que el farmacéutico ha de ayudarse de diferentes mecanismos para desarrollar con plenitud y seguridad su profesión de forma ética y correcta. Es el caso de los centros de información de medicamentos (colegiales), que ponen a disposición del farmacéutico cualquier tipo de duda que le pueda surgir entorno al medicamento. Este centro tiene obligación de solucionarlas para así poder certificar y garantizar el correcto uso del medicamento por el paciente.

¹ Facultad de Farmacia. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Cátedra Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica. Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid (España)
Dirección electrónica: carlosdelcastillo@farm.ucm.es

Summary

The Drug's regulation is extraordinary because drugs are a good legally regulated that has to be revised because possesses important an social repercusion that represents in health and consequently in the society.

Their conception must always go bound to the sanitary professional's figure that must know it to the perfection (the pharmacist) owing this to promote their rational use in the population that in many occasions unfortunately is not this way.

Also that the pharmacist must help of different mechanisms to develop with fullness and security his profession. It is the case of Medication Inform Request that has to disposition any doubt type that it can arise him environment to the medication, and that this specialized center has the obligation of solving for this way to be able to certify and to guarantee the correct use of the medication for the patients.

Palabras clave: Farmacia, legislación farmacéutica, uso racional de los medicamentos, centros de información de medicamentos, ética profesional farmacéutica.

Key Words: Pharmacy, pharmaceutical legislation, medication information request, drugs rational use, pharmaceutical ethics.

Introducción

Uno de los sectores más intervenidos pública y jurídicamente son los medicamentos, los productos sanitarios, y las demás actividades que conllevan hasta que son dispensados por parte del farmacéutico al paciente como son su investigación, desarrollo, fabricación, comercialización y uso.

La fiabilidad de la información relacionada con los medicamentos es una característica bastante controvertida en el sector sanitario. Este tema se viene debatiendo desde hace bastantes décadas.

Es cierto que en la Conferencia de Nairobi¹ de la Organización Mundial de la Salud (celebrada ya hace 24 años) se estableció que: “Habría que promover y difundir información cabal y fidedigna sobre productos farmacéuticos” además se añadió que: “debería asegurarse el equilibrio entre la información avaladora de la eficacia, por un lado, y las reacciones adversas y las contraindicaciones por el otro”. Por ello se ha tenido que modificar desde entonces diferentes legislaciones sanitarias al respecto, las cuales analizaremos en el texto. Se han creado centros especializados en información sobre medicamentos, para que estos sean aprovechados por el paciente de una manera racional. Estos centros especializados en medicamentos se han establecido como una de sus estrategias fundamentales en el año 2010 para la implantación del uso racional de medicamentos.

El mejor uso de los medicamentos por parte de los ciudadanos ha de estar ligado al desarrollo de la profesión farmacéutica en el que podrían distinguirse tres grandes ámbitos. El primero es la función propia del farmacéutico como son la custodia, conservación y suministro de medicamentos. La segunda es informativa, siendo el farmacéutico un experto consejero en el uso de fármacos. La última función es la detección y prevención de los problemas relacionados con los medicamentos. Además, estrechamente ligada a esta actividad, encontramos el seguimiento farmacoterapéutico del paciente, siendo las iniciales propuestas el campo de los enfermos crónicos o enfermos con patologías de gran impacto social.

Evolución legislativa

La continua evolución científica, político-social y, asimismo, la pluridimensionalidad del fármaco,² han obligado a modificar ininterrumpidamente la legislación del mismo debido al dinamismo social y científico que posee.

Actualmente el medicamento posee una novedosa dimensión legal y abarca diferentes ámbitos disciplinares que le convierten en un claro y definido objeto de estudio. Asimismo comienza a admitirse que el uso y utilización del fármaco puede crear problemas, de salud a la población y de financiación a los estados. Por esta razón surgen los Centros de Información de Medicamentos y la atención farmacéutica o *pharmaceutical care*,³ quedando claramente definido que el farmacéutico debe de disponer inmediatamente de los datos del paciente y de la información sobre los medicamentos necesaria.⁴

Por ello, este nuevo concepto es de gran importancia en el campo de la profesión farmacéutica, pues antes de ello sólo se tenía en cuenta al medicamento. En la actualidad hay que considerar la atención personalizada que realizará el farmacéutico sobre los medicamentos y sobre el propio paciente, para que se produzca un uso correcto de los fármacos. Gracias a ello se podrá alcanzar uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud en lo relativo al uso racional del medicamento y productos sanitarios, como es la reducción de la morbilidad, asociada a problemas originados por una no correcta farmacoterapia.

Estos hechos obviamente conllevarán a una revisión de forma exhaustiva de la reglamentación relativa al medicamento debido a la modificación realizada por la Unión Europea en lo concerniente a la configuración jurídica. Esta transformación en el ámbito farmacéutico referente a las normas afectó a la reglamentación del medicamento.⁵

En el ámbito europeo, España modificó la Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento⁶ con el fin de adaptarla a la normativa comunitaria y asegurar su armonización con el Reglamento 726/2004, por el que se establecen los procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario. Esta revisión en la regulación en materia de medicamentos tenía como objetivo ajustar las nuevas disposiciones a la novedosa situación con el fin de mantener los pilares básicos

de la Sanidad, además de corregir y modernizar los aspectos más importantes del mismo.

Desde la perspectiva del perfeccionamiento de la atención a la salud, se aprobó la Ley 29/2006 de 26 de julio de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios,⁷ que derogó la Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento. Se armonizó el ordenamiento jurídico español con la normativa comunitaria y en muchos aspectos se modernizaron aspectos técnicos que eran claramente insuficientes a la hora de solventar temas científico-sanitarios. Dicha reforma es una de las más avanzadas desde la perspectiva de la salud de los ciudadanos en la actualidad. La Ley 29/2006 de 26 de julio de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, trató de ser una reforma parcial ya que se mantuvieron en gran medida ciertos matices legislativos anteriores. En lo relativo a nuestro tema de estudio la citada Ley en su título sexto (relativo al uso racional de los medicamentos), está dividida en seis capítulos novedosos, de los que hay que tener en consideración el primero de ellos, “de Garantías de formación e información independiente y de calidad para la utilización adecuada de los medicamentos”. Este capítulo hace pensar en la racionalidad en el uso y empleo del medicamento y esta nueva concepción garantiza un uso adecuado del mismo.

Aunque sea importante la prescripción médica, no es el único determinante de los efectos finales del fármaco. En muchos casos, los medicamentos son utilizados por pacientes que deciden cuando, cómo y en que determinado momento han de tomar el fármaco.

Este acto indeseable, habría que evitarlo pues el paciente no posee los conocimientos adecuados que ha de tener el profesional sanitario. En última instancia es el farmacéutico quien transmite la información al paciente. Por ello, la asesoría profesional ha de ser de calidad y orientada al correcto uso del medicamento y del producto sanitario.

Además, habría que tener en consideración dentro de este ámbito la denominada prescripción irracional de medicamentos que en

muchos casos no se ejecuta. Lo demuestran diferentes estudios⁸, que avalan y afirman este hecho. Son la polimedicación, el uso de medicamentos que no guarden relación con el diagnóstico, usos inapropiados de antibióticos y las dosis insuficientes. En este caso habría que solventar este problema, promoviendo la colaboración entre los diferentes profesionales sanitarios responsables para que el paciente adquiera y se le administre su medicación. Así lo indica la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud⁹, en su artículo 33, en donde afirma que: “los farmacéuticos actúen coordinadamente con los médicos y otros profesionales sanitarios para la prevención de la enfermedad y el desarrollo de la Sanidad Pública”. Podríamos afirmar que existe una voluntad manifiesta de que el farmacéutico amplíe su desempeño profesional y busque la colaboración y el trabajo en equipo con otros profesionales de la salud.

Pero además de la evaluación legislativa comentada previamente, que regula el medicamento existen regulaciones y recomendaciones emanadas de organizaciones internacionales como son la Organización Mundial¹⁰ de la Salud o la Federación Internacional de Farmacéuticos que tratan el tema en cuestión.

Así el Código de Ética de la Federación Internacional de Farmacia, dedica cinco de sus nueve artículos a las obligaciones del farmacéutico con los pacientes, resaltando como prioridad el bienestar del paciente promocionando el derecho a tratamientos efectivos y seguros. Los artículos referentes a sus obligaciones con otros profesionales sanitarios, indican que:

El farmacéutico tiene la obligación de cooperar con colegas y otros profesionales e instituciones en sus esfuerzos para promover la salud y prevenir y tratar las enfermedades, respetando sus valores y actividades.

El farmacéutico actúa con honestidad e integridad en sus relaciones profesionales, evitando prácticas, comportamientos o condiciones de trabajo que puedan impedir juicio profesional.

Pero la función de los farmacéuticos no termina con el suministro, sino que se inicia con ella, corresponsabilizándose con el médico en los puntos de la farmacoterapia hasta el punto de “la detección sistemática y la respuesta a los problemas en la relación con la medicación pueden ser más importantes de los farmacéuticos a la mejora de los resultados en farmacoterapia.”¹¹

Por este motivo la farmacia se inserta en el seno de una estructura reticular sanitaria, donde convergen el médico general, el médico especialista, el farmacéutico, el paciente, los laboratorios de investigación, los distribuidores y la industria, así como los propios y múltiples organismos reguladores, además de la investigación que se desarrolla en las universidades. Por ello, los farmacéuticos necesitan establecer una nueva comunicación profesional para evitar, minimizar y resolver problemas de los pacientes en relación con la medicación, lo que cada día es posible gracias a las nuevas tecnologías de información que tienen acceso. Por consiguiente han de formarse continuamente y ayudarse de instrumentos adecuados como son las herramientas profesionales que son en este caso los Centros de Información de Medicamentos.

Actualización del asesoramiento profesional farmacéutico gracias a los Centros de Información de Medicamentos

Las condiciones deseadas por todos los profesionales farmacéuticos deberían centrarse en una promoción racional de la salud, pero desgraciadamente en muchas ocasiones, no se realizan. Así pues, los Centros de Información de Medicamentos surgen como respuesta a la necesidad de contar con expertos-sanitarios que supieran analizar, evaluar y transformar la información proveniente de fuentes bibliográficas fiables, a la pregunta realizada por un consultante (paciente), en este caso farmacéutico comunitario. Esta acción es debida a que en muchos ca-

El profesional sanitario debido a la amplitud y al desarrollo continuo de las Ciencias no puede abarcar tanto conocimiento.

Los Centros de Información de Medicamentos (se encuentran integrados en una sección de los colegios oficiales de farmacéuticos de cada provincia española) desarrollan, como una de sus funciones principales, la información pasiva del medicamento, es decir, facilitan información objetiva y evaluada, proveniente de fuentes bibliográficas fiables, a la pregunta concreta realizada por el farmacéutico.¹² Además de proporcionar información activa con la edición de boletines y las publicaciones relacionadas con la información de medicamentos.¹³ Para garantizar la calidad de la información pasiva, los colegios oficiales de farmacéuticos de todas las provincias españolas han desarrollado ciertas normas de actuación.¹⁴

Esta necesidad de creación de centros especializados en información sobre medicamentos surgió a principios de los años 60 en Estados Unidos en las farmacias hospitalarias, coincidiendo con el aumento exponencial de los mismos y consecuentemente de su información farmacológica correspondiente.¹⁵ Desde entonces se han incrementado por todo el mundo, siendo centros de referencia obligada en lo relativo a información de medicamentos. En España¹⁶, la principal red de información de medicamentos es la creada por la Organización Farmacéutica Colegial, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, poseyendo cada colegio provincial un Centro de Información de Medicamentos. Así pues, atienden la totalidad de las cuestiones formuladas por los profesionales farmacéuticos que se encuentran en sus respectivas oficinas de farmacia en sus correspondientes provincias.

El perfil del profesional farmacéutico que se encarga de esta tarea es muy variado pero destaca su compromiso con la profesión y la actualización permanente de sus conocimientos. Para poder desarrollar su labor debe poseer unos recursos bibliográficos y telemáticos amplios con acceso a cantidad de revistas científicas tanto nacionales como internacionales. Normalmente este especialista es integrante de

diferentes Comités profesionales como el Comité de evaluación de medicamentos de uso humano (CODEM), el Comité de evaluación de medicamentos de uso veterinario (CODEM-VET) dado su importancia en el ámbito sanitario.

Entre las propuestas profesionales incluídas en el Plan Estratégico de Política Farmacéutica encontramos la creación de una red pública de Centros de Información del Medicamento para poder potenciar la información alrededor del medicamento, optimizando sus posibilidades y reduciendo sus posibles errores asociados y adversos de los mismos.

Esta concepción dinámica del medicamento no es novedosa, ya que los Centros de Información de Medicamentos empezaron a surgir en España como necesidad originada por la gran cantidad de dudas que los profesionales farmacéuticos. De esta manera nacieron dichos Centros vinculados plenamente a las Organizaciones colegiadas farmacéuticas, contando con expertos que analizan, evalúan y transforman en información de gran utilidad científica que se origina alrededor del medicamento. Dichas organizaciones profesionales colaboraron en el desarrollo de los primeros Centros de Información de Medicamentos, instaurando la figura del farmacéutico en dicho centro como informador del medicamento especializado en analizar, estructurar, almacenar y suministrar información útil en el campo de la salud¹⁷ y más especialmente en el medicamento. Gracias a ellos el farmacéutico puede desarrollar su labor sanitaria en plenitud.

Para ejercer la profesión farmacéutica en oficina de farmacia en España es esencial estar colegiado en la provincia donde se encuentre el domicilio profesional. Así lo indica el Real Decreto Ley 6/2000¹⁸ y figura en los Estatutos de la profesión Farmacéutica de 2005.¹⁹ Según el tipo de colegiación el farmacéutico pagará una cuota trimestral de afiliación a dicho colegio el cual ofrecerá multitud de servicios. Entre ellos estará el mantenimiento y la subvención de los respectivos Centros de Información de Medicamentos. Su funcionamiento y financiación depende exclusivamente de las organizaciones colegiales farmacéuticas y en última instancia de los farmacéuticos colegiados.

Conclusiones

La información suministrada por los farmacéuticos es valorada de forma muy positiva por la sociedad y constituye la referencia de calidad para el ciudadano, independientemente de que se consulten los prospectos de los medicamentos. Esta información, que es uno de los objetivos el uso racional del medicamento, en la mayor parte de las situaciones es conocida con amplitud por el farmacéutico, ya que lo avala tanto sus estudios universitarios, su formación continua y su experiencia profesional. Pero existen ocasiones que el farmacéutico desconoce el tema a tratar o propuesto por el paciente debido a que tanto el medicamento como el conocimiento científico al que está ligado avanza a pasos vertiginosos y su conocimiento total es complicado. Por este motivo surgen en España los Centros de Información de Medicamentos en el seno de las organizaciones corporativas oficiales. Ello permite solucionar este problema y potenciar dos aspectos esenciales que son el uso racional de medicamentos y la atención farmacéutica esenciales para la Salud. Se pretende dotar a la población un bien esencial que no es otro que la Salud; promoviendo promover con esta iniciativa la dimensión asistencial de la Farmacia.

Referencias bibliográficas

¹ Organización Mundial de la Salud. Uso Racional de los medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos. Ginebra: OMS, 1986.

² VALVERDE LÓPEZ, J.L. Hacia un estatuto jurídico mundial de los medicamentos. Discurso de Apertura de la Universidad de Granada, Curso Académico 2006/2007. Granada: Ed. Universidad de Granada, 2006, pág. 17.

³ Se entiende por Atención Farmacéutica o Pharmaceutical Care como: *"El suministro responsable de la terapia farmacológica con el propósito de conseguir unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. Esto implica cooperar con el paciente y con otros profesionales de la salud para diseñar, implantar y monitorizar un plan terapéutico que ayude a obtener los resultados específicos deseados de un paciente determinado"* en HEPLER, C.D. y STRAND, L.M. "Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care" *Am J Hosp Pharm.*, 1990; 47: 553-43.

⁴ Farris y Kirking adoptaron el tradicional paradigma donabediano de Estructura-Proceso-Resultados (SPO = Structure-Process-Outcomes) a la Atención Farmacéutica, dando como primeros de los doce caracteres de estructura: "1º la presencia de un farmacéutico titulado, 2º presencia de fuentes de información de medicamentos apropiados..." en: FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. "La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria" *Pharm Care Esp*, 1999, 1: 90-96.

⁵ De hecho entró en vigor la Directiva 2004/27/CE que modificaba la 2001/83/CE, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano; la Directiva 2004/28/CE que modificó la 2001/83/CE, por la que se estableció un código comunitario sobre medicamentos veterinarios; y la Directiva 2004/24/CE por la que se modifica, en lo que se refiere a medicamentos tradicionales a base de plantas, la 2001/83/CE

⁶ Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, BOE de 22 de diciembre de 1990, núm. 306, págs. 38228-38426.

⁷ Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los medicamentos y productos sanitarios, BOE de 27 de julio de 2006, núm. 178, págs. 28122-28165.

⁸ PÉREZ PEÑA, J. "Marco lógico para la selección de los medicamentos" *Rev Cubana Gen Integr*, 2000, 16(2): 177-185.

⁹ Ley 16/2003, de 29 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE de 29 de mayo de 2003, núm. 128, págs. 20567-20588.

¹⁰ VVAA "The Role of the Pharmacist: Quality Pharmaceutical Services-Benefits for Government and the Public. WHO Second Meeting" *WHO/Pharm*, Tokio: 1993.

¹¹ ALFONSO GALÁN, M.T. "Comunicación del farmacéutico con el médico en el nuevo modelo de atención farmacéutica" Universidad de Alcalá.
<http://www.medicos.sa.cr/asociaciones/asodm/revista/18.htm>

¹² VVAA: "Normas de calidad en centros de información de medicamentos", *PAM*, 1990, núm. 14: págs. 352-365.

¹³ MATEO, J.: "Centros de Información de Medicamentos de la Corporación Farmacéutica", en: *VI Jornadas Farmacéuticas*, Barcelona, 1987.

¹⁴ WOODWARD C., STEVENSON J. y POREMBA A.: "Assessing the quality of pharmacist answers to telephone drug information questions", *Am J Hosp Pharm* 1990, núm. 47, págs. 798 y 799.

¹⁵ HERMAN C. y RODOWSKAS W.: "Communicating drug information to physicians", *J Med Edu* 1976; 51: 189-196.

¹⁶ VVAA: "Una llamada al medicamento", *FARMACÉUTICOS*, Abril 2004, págs. 14-16.

¹⁷ OHMAN B., LYRVALL H., TORNQVIST: "Clinical pharmacology and the provision of drug information", *Eur J Clin Pharmacol* 1992, 42: 563-568.

¹⁸ Boletín Oficial del Estado Español de 23 de junio de 2000, págs. 22440-22458.

¹⁹ En el artículo 9.2 se recoge las modalidades farmacéuticas que es obligatoria la colegiación donde se incluye tanto los titulares como los titulares de oficina de farmacia. Los Estatuto de la Profesión se localizan en:
www.actualidadsanitaria.com/noticias_archivos/dic2005/estatutos_prof_farmaceutica281105.pdf

MEDICINA Y ÉTICA

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

Formulario de suscripción / Order form:

Nombre/Name: _____

Institución/Institution _____

Dirección/Address: _____

Ciudad-País/City Country: _____

Código Postal/Zip Code: _____

Teléfono/Telephone: _____

Fax/fax: _____

Correo electrónico/E-mail: _____

Suscripción/Subscriptions Rates

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

Favor de hacer su pago a través de un "Depósito Referenciado" en cualquier sucursal del Banco Santander 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
No. Referencia: 0000LL07835081234186

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



Litho Press
DE MEXICO

Este libro se terminó de imprimir en marzo de 2011,
en los talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.
Tiraje 500 ejemplares