

Temas en Bioética Vol. II
Primera Parte
Marco Conceptual –
Personalismo Orgánico

Hna. Elena Lugo, Ph. D.

INTRODUCCIÓN

El concepto “persona” considerado como noción abstracta y desvinculada de vivencias personales concretas, vale decir, entendido como categoría teórica en un sistema racional desprendido de consideraciones prácticas, es un componente esencial de la ética pero no resulta suficiente a la hora de juzgar y tomar decisiones en la deliberación ética.

El concepto persona se presenta a modo de fundamento que presta solidez y coherencia a la ética en general, y a la bioética en particular. Si el concepto persona no está presente como cimiento de la bioética, cuando esta utiliza principios y reglas para decidir, no va más allá de una identificación de sí misma con determinados procedimientos, sin lograr evaluar la sustancia del juicio y de la decisión.

Las exigencias prácticas constituyen la naturaleza misma del pensamiento ético, de su razonamiento en cuanto deliberación que precede al juicio sobre el cual ha de fundarse la decisión libre y responsable. Este es especialmente el caso de la ética clínica inherente a la práctica médica cotidiana.

En efecto, dicha práctica exige que la persona sea considerada en las diversas dimensiones de su ser, en su particularidad y ubicación contextual de orden existencial, en el despliegue de su quehacer histórico, en su interacción con otras personas, en su ambiente y horizonte transcendental.

Este conocimiento de lo que significa persona en la multiplicidad de sus aspectos e interdependencias está en la base de un procedimiento cognoscitivo de matiz interdisciplinario que nos permite llegar a una visión de nuestra persona que designamos “orgánica”. Más adelante tendremos oportunidad de precisar el sentido que tiene este término en cuanto mentalidad y alma de una cultura defensora de la vida, según lo expone el Padre José Kentenich.

La experiencia de uno mismo como persona inserta en un contexto orgánico lleva a una visión integrada de uno mismo que confiere unidad e identidad a nuestro ser, y descubre una apertura hacia la trascendencia espiritual - religiosa.

Ahora bien, no se trata de una experiencia ni de una visión estáticas, sino comprometedoras y exigentes. En efecto, nos invita a entregar a otros lo que se descubre en uno mismo, y hacerlo con un espíritu de benevolencia y beneficencia amorosa.

Creemos que a la ética le incumbe convertir el conocimiento a través de ideas en acciones prácticas animadas por el amor en sus diversos niveles.

EXPOSICIÓN

I. Como primer punto en la configuración del Marco Conceptual para temas de bioética cabe preguntarse lo siguiente: ¿En qué sentido puede la bioética beneficiarse con una fundamentación antropológica filosófica de tipo personalista y de un Personalismo Orgánico tal como el que se expondrá?

II.

A. Definición de Bioética

En primera instancia hemos de presentar una definición de bioética que nos parece coherente con el término en sí mismo. La bioética procura fijar y estipular las exigencias de respeto y promoción de la vida humana en particular y de la vida en general. León Correa nos dice lo siguiente: “Las definiciones que se han dado son muy diversas y reflejan, en cierta forma, la variedad de enfoques y concepciones. Una de las primeras señala que la ‘bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales.’ Algunos ponen más de relieve la necesidad de responder a los nuevos problemas planteados por las ciencias biomédicas. Así, la bioética es la búsqueda ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico’; otros acentúan los aspectos sociales o comunitarios: ‘La bioética es el estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana) en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas.’”¹

1) Contenido y Método

En cuanto al contenido se puede ver a la bioética como un marco de reflexión y de investigación interdisciplinaria en torno a los desafíos de la tecnociencia. Puede también ser un método de análisis o procedimiento encaminado a describir conflictos, interpretar las opciones a la luz de normas de consenso, y evaluar las implicaciones de cada decisión propuesta. Pero si acercamos a la bioética un poco más a la ética tradicional, entendemos a la bioética como una búsqueda normativa del deber ser en el ejercicio profesional.

2) Para discernir mejor las diferencias en las definiciones en bioética, podemos expresar la bioética en término de modelos.

¹ Correa, Francisco Leo, *Dignidad, libertad y bioética*, Cuadernos de Bioética, 12, 4, 1992, pág. 5.

Elio Sgreccia² nos indica una serie de modelos a los cuales somete a crítica para luego culminar en una argumentación a favor de una bioética de fundamentación personalista que nos sirve de referencia esencial a nuestro planteamiento:

a) Modelo sociobiológico

La adopción de este modelo no sólo da por demostrado el evolucionismo (la sociedad en su evolución produce y cambia valores y normas que son funcionales para su desarrollo (Weber, Heinsenk, E.Wilson)), sino que asume también como supuesto el reduccionismo, esto es, la reducción del hombre a un momento historicista y naturalista del cosmos. En consecuencia, esta visión comporta el relativismo de cualquier ética y de todo valor humano, sumergiendo a todos los seres vivos en el gran río de una evolución que tiene, ciertamente, su vértice en el hombre, pero no entendido como vértice definible y como punto de referencia estable, sino como sometido también él a una mutación en sentido pasivo y activo.

b) Modelo subjetivista liberal y radical

Este modelo se sustenta en la hipótesis de que la moral no se puede fundamentar ni en los hechos ni en los valores objetivos o trascendentes, sino sólo en la opción autónoma del sujeto individual. Es decir, se parte del no cognitivismo, vale decir, de la imposibilidad de conocer los valores. Se adopta la libertad como supremo y último punto de referencia: es lícito lo que se quiere y acepta como libremente querido y que no lesiona la libertad ajena. En esta modelo se podría llegar a proponer una libertad sin plena responsabilidad. Entre los variantes de este modelo, Sgreccia identifica al neoiluminismo, el liberalismo ético, el existencialismo nihilista, el cientificismo neopositivista, el emotismo y el decisionismo.

c) Modelo pragmático – utilitarista

En este modelo el rechazo de la metafísica y la desconfianza frente al pensamiento en cuanto búsqueda de una verdad universal y objetiva, promueve una concentración exclusiva en el procedimiento calculador de resultados. Es decir, el principio básico de este modelo de mucha aceptación en países anglófonos, es el cálculo de las consecuencias de la acción basado en la relación costo - beneficio.

Como dice León Correa, en el terreno de la bioética este modelo se basa en la teoría de la praxis y en una justificación del utilitarismo social. Ese cálculo, imprescindible en la intervención médica, se aplica también a la hora de examinar el valor de la vida humana y confrontarlo con los valores económicos, sociales, o simplemente con los

² Sgreccia, Elio, *Manual de Bioética*, México, Diana, 1996.

valores del progreso científico, de forma que se puede llegar a un utilitarismo extremo de corte pragmático.

El criterio de la utilidad no puede ser nunca el fundamental de la bioética: siempre debe considerarse la utilidad respecto a quién o a qué, es decir, respecto a la finalidad del propio acto médico: la salud y la vida. Este modelo reduce la categoría de persona a un ser que siente o es capaz de sentir placer y dolor; estima la vida según criterios de calidad y no según la dignidad inherente al hecho de ser persona y tener un origen y finalidad divinas.

Una variación de este modelo es el contractualismo en la ética pública, inspirado también en el criterio del acuerdo intersubjetivo estipulado por la comunidad más amplia posible en diálogo democrático participativo para lograr el consenso.

Existen una serie de modelos para la deliberación en bioética que gozan de una aceptación menor en círculos anglosajones y que en cierta medida también son incorporados (depurados de su posible aplicación extrema) al modelo personalista que favorecemos. Según Leo Correa, se trata en este caso de los siguientes modelos:

d) Modelo ontologista

Según este modelo, la moral puede ser objetiva; la bondad y la maldad pueden ser en sí mismas precisables. Vale decir entonces que hay actos intrínsecamente buenos y otros malos independientemente de la situación, preferencias individuales o cálculo de resultados. De modo, ni la intención ni la rectitud moral es subjetiva, ni tampoco está determinada arbitrariamente por el ser humano ni por Dios. Es más bien la realidad la que impone su criterio de modo obligatorio; es decir, la naturaleza en general y la humana en particular revelan sus exigencias como normas inteligibles y obligatorias. Aun cuando la teoría de la ley moral natural incluye la referencia al orden objetivo como criterio, no podemos confundirla con el ontologismo. Más adelante tendremos la oportunidad de esclarecer este punto de comparación.

e) Modelo deontologista

Según este modelo un acto es moral no porque sea bueno en sí mismo (ontologismo) o porque sea útil (pragmatismo), sino porque es correcto según un criterio de rectitud impuesto por la voluntad en nombre de la conciencia del deber o del imperativo categórico de corte kantiano.

Según explica León Correa, dentro de esta corriente unos siguen a Kant y fijan así grandes principios universales y necesarios para una razón práctica que exige coherencia y consistencia de criterio ante cualquier situación. Otros decretan reglas uniformes para toda situación, si bien admitiendo excepciones en algunas

circunstancias. Y para otros, cada situación singular puede plantear una oportunidad de captar el deber que esta exige.

Una variación de este modelo, que continúa teniendo gran aceptación, es la que insiste en reconocer unos principios básicos de aceptación universal, independientemente de teorías que puedan sustentarlos, y que constituyen el mínimo indispensable para interpretar el sentido moral de una conducta o una situación: principios de autonomía, no -maleficencia, justicia y beneficencia, los cuales existen a priori y exigen una aplicación prudencial a cada situación concreta.

A medida que nos aproximamos a exponer el modelo personalista en la bioética, basado en una teoría antropológico/ filosófica del ser persona, hemos de reconocer influencias metodológicas que bien pueden constituir modelos, a saber:

f) Modelo fenomenológico

Inspirado en el pensamiento de M. Scheller y N. Hartmann, este modelo sugiere una apertura a los valores éticos gracias a una disponibilidad inherente a la conciencia llamada intencionalidad. Esta intencionalidad que enfoca los valores éticos puede funcionar en un plano emotivo e incluir una referencia a lo divino. La validez universal de tal intencionalidad requiere ilustración, de modo que la moral no se estanque en el orden intuitivo y subjetivo, sino que se abra también a al orden reflexivo y objetivo. Podría adquirir además un horizonte social por medio de la intersubjetividad y la comunicación dialogada, pero ello no sería suficiente para darle una fundamentación sólida y segura a la experiencia moral en sí misma.

g) Modelo comunicacional

Apel y Habermas apuntan en la dirección de este diálogo al explicar cómo el consenso social en la moral toma como base la comunicación debidamente articulada y mediada para destacar la veracidad y el respeto a la opinión ajena y a su libertad de expresión, con lo cual intenta superar la razón calculadora del utilitarismo para así insistir en el consenso de mentes pensantes en torno de valores que se compartan en común.

Este modelo es afín al deontologismo de los principios (denominado “principalismo”). La validez de la norma queda subordinado a la mediación del consenso sobre consecuencias logrado por los interesados. Ahora bien, ¿quiénes son los interesados? ¿Cómo se garantiza que su reflexión esté formada e informada por contenidos de objetividad respetable?

B. Resumen

Los modelos anteriores destacan aspectos básicos de la experiencia moral, a saber: la intención, las consecuencias y el acto en sí mismo con su finalidad correspondiente. Unos insisten en la autonomía o libertad propia de la intención (deontologismo). Otros colocan en primer lugar la valoración de las consecuencias que deben calcularse de acuerdo a los principios de beneficencia y no - maleficencia, según consenso y diálogo de los interesados (utilitarismo/pragmatismo). Otros acentúan la autonomía individual con menoscabo de la responsabilidad por el bien común.

Ante este conjunto de modelos creo que no hace falta citar otro más que compita con los mencionados, sino buscar un punto de encuentro real entre todos los modelos. Un punto que sirva de referencia y fundamento para integrar los aspectos positivos de cada uno y tal vez evitar algunas de sus exageraciones.

El concepto persona, debidamente aclarado en su plenitud de ser, estructura y dinámica, puede servirnos como dicho punto de encuentro. Anticipamos así un modelo que, si bien no creo que sea uno más en competencia con los otros, podría constituir una síntesis que integra componentes de los anteriores modelos superándolos en virtud de dos factores:

- 1) fundamento ontológico (contempla el ser de la persona) y
- 2) cercanía y articulación de la vida en su totalidad (es orgánico).

II. Teoría personalista y modelo personalista en la bioética

A. Teoría

Históricamente se puede explicar el personalismo al menos según una triple significación o énfasis en algún aspecto particular del mismo: personalismo relacional, personalismo hermenéutico y personalismo ontológico. Para un estudio preciso y profundo de estas modalidades de personalismo recomendamos la obra ya citada de Mons. E. Sgreccia. Resumiendo algunos de los puntos tratados en su excelente MANUAL, distinguimos las tres formas de personalismo para luego presentar el Personalismo Orgánico como una modalidad asociada a las tres anteriores, pero con rasgos propios que resultan particularmente idóneos para los temas de bioética de la actualidad.

- 1) El personalismo relacional destaca la comunicación y subraya de modo particular la subjetividad y la relación intersubjetiva, inspirado en las obras de Apel y Habermas;
- 2) El personalismo hermenéutico insiste en la importancia de la función de la conciencia subjetiva para interpretar la realidad según un criterio preconfigurado o establecido por la conciencia;

- 3) El personalismo de modalidad ontológica afirma la subjetividad vinculante al igual que la conciencia intencional, pero acentúa la necesidad de un fundamento en el orden del ser substancial, con su modo de existir y esencia correspondientes, y manifestada como unidad de espíritu y cuerpo.

A partir de la definición clásica de Boecio (persona es substancia individual de naturaleza racional), el personalismo en su historia se arraiga en el reconocimiento de la capacidad de la razón natural para afirmar (o negar y así traicionar) libremente su ser propio. El ser humano o persona es el único que se interroga sobre su propio ser y se desarrolla en la vida en consonancia con la respuesta a dicho interrogante, la cual se revela y es fomentada como compromiso vital u opción fundamental en su pensar, decidir, sentir, amar y actuar.

Citamos a Mons. Sgreccia:

“Razón, libertad y consciencia representan, para decirlo con palabras de K. Popper, ‘una creación emergente’ irreductible al flujo de las leyes cósmicas y evolucionistas. Y esto merced a un alma espiritual que informa y da vida a su realidad corpórea y que contiene y estructura el cuerpo. El yo no puede reducirse a cifras, a números o a átomos o a células, neuronas o a genes...En cada hombre se encierra el sentido del universo y todo el valor de la humanidad: la persona humana es una unidad, un todo, y no sólo parte de un todo.”³

A efectos de nuestra exposición de lo que identificamos como Personalismo Orgánico, tomamos como punto de referencia histórica el personalismo realista y tomista, que presenta una afinidad especial con el personalismo ontológico. De nuevo nos beneficiamos de la exposición del Mons. Sgreccia:

“El personalismo clásico de tipo realista y tomista – sin negar este componente existencial (autodecisión y elección) que constituye el destino y el drama de ser persona – pretende afirmar también, y prioritariamente, un estatuto objetivo y existencial (ontológico) de la persona. La persona es ante todo, un cuerpo espiritualizado, un espíritu encarnado que vale por lo que es y no sólo por las opciones que lleva a cabo. Mas aún, en toda elección la persona empeña lo que ella es, su existencia y su esencia, su cuerpo y su espíritu; en toda elección se da no sólo el ejercicio de la elección, la facultad de elegir, sino también un contexto de la elección, es decir, un fin, unos medios y unos valores.

³ Sgreccia... Manual.... pág. 72.

El personalismo realista ve en la persona una unidad, la unitotalidad de cuerpo y espíritu que representa el valor objetivo de la persona, del que se hace cargo – y no puede dejar de hacerlo – la subjetividad, respecto tanto de la propia persona como de la persona ajena. No se puede disolver a la persona humana y sus valores en una serie de elecciones, sin una fuente de la que provengan esas opciones y sin los contenidos de valor que expresan.

El aspecto objetivo y el aspecto subjetivo de la persona están en referencia mutua e implicados en una ética personalista. El valor ético de un acto deberá ser considerado bajo el perfil subjetivo de la intencionalidad, pero también en su contenido objetivo y en las consecuencias.”⁴

Según la experiencia y visión orgánicas que plasmara el método del Personalismo Orgánico, el acto moral tiene como dinámica una conciencia de intención bondadosa, lo cual supone la subjetividad de la persona orientada al bien objetivo que la verdad de su ser persona avala, al igual que la conciencia de rectitud en la acción específica y concreta ante la cual ha de juzgar y decidir individualmente pero en armonía o “regulada” por el bien objetivo.

Dice Sgreccia:

“En el momento del juicio íntimo sobre lo realizado predomina la subjetividad; pero en el momento normativo y deontológico, prevalece el valor objetivo al que hay que adecuar cada vez más la actitud subjetiva. La certeza deberá buscar cada vez más la verdad.”⁵

B. De la teoría a la práctica

Una reflexión profunda de lo que significa teóricamente ser persona nos conduce a su evaluación en términos de dignidad y respeto como bien intrínseco. En efecto, la persona no es mero instrumento / medio, ni mucho menos algo reducible a sus componentes y funciones, algo manipulable o sujeto a diseño.

La dignidad de la persona descansa en su ser y no en su funcionar, de modo que se es persona desde que se inicia en el modo de existir distintivo de sus ser (fecundación / constitución del cigoto) y se proyecta hasta el cese total de su integridad como ser encarnado (muerte encefálica).

La persona es depositaria de entendimiento, voluntad, conciencia y autoconciencia; teje vinculaciones comunitarias; se trasciende a sí misma particularmente por medio

⁴ Ibídem, pág. 74 – 75.

⁵ Ibídem.

del amor; está orientada hacia sus semejantes y hacia la Persona Divina. Todo ello nos habla de su dignidad. En este sentido Leo Correa dice:

“Digno es aquello por lo que algo destaca entre otros seres, en razón del valor que le es propio... lo que debe ser tratado con ‘respeto’.. con ‘miramiento’ por su valor intrínseco.”⁶

Siendo el valor primordial la persona y su dignidad propia, esta es la piedra angular de toda bioética, de sus funciones analíticas y recomendaciones prácticas en torno a los temas que le competen. Por eso la bioética basada en el Personalismo Orgánico debe partir de la experiencia de la existencia personal que abarca e integra diferentes dimensiones: desde las espirituales, intelectuales, morales, sociales y psicológicas, hasta las estrictamente físicas, sin olvidar lo genético.

1. Experiencia orgánica

En el contexto existencial de la persona entendemos por “orgánico” la configuración de sí mismo experimentada como una totalidad interactiva de dimensiones múltiples que a nivel prerreflexivo revelan la riqueza del ser persona: vivencia de impulsos físicos, anhelos de verdad y bien, y orientación hacia lo espiritual. Pero todo esto como realidades previas a la articulación reflexiva por parte del sujeto y a sus posibles conflictos y tensiones internas.

El nivel existencial es muy importante pues nos revela la influencia de la interioridad del ser persona, y en especial la fuerza de lo afectivo y el aporte del corazón al entendimiento del yo individual y único. Es precisamente en el nivel existencial en su totalidad orgánica donde surgen los interrogantes ineludibles de la vida y sobre lo cual la bioética personalista debe reflexionar y pronunciarse: inmortalidad y mortalidad, dolor y sufrimiento, permanencia y devenir, intimidad y separación, comunidad e individualidad, comprender por la razón y entender por la fe.

Recurriré al método fenomenológico para una mejor exposición de esta dimensión existencial del ser persona.⁷

a) La fenomenología intenta describir el encuentro inicial de la conciencia y la realidad en virtud de su intencionalidad original y supuestamente libre de presupuestos hermeneúticos. La fenomenología describe la situación humana a partir de su encuentro con las circunstancias del mundo y de su establecimiento en ese mundo como primera característica del ser humano a nivel existencial. Esta constituye la experiencia primigenia, aquello de lo que primero se toma conciencia.

⁶ Correa, Leo, *Cuadernos de bioética*, 12, 4, 1992, pág. 11.

⁷ Luego, Elena, *La relación médico – paciente. Encuentro interpersonal - Ética y espiritualidad*, Bogotá, Algora, 2002, parte I, cap. 1; parte II, cap. 2.

Desde el comienzo de su vida, el hombre se sabe existiendo con otros en el mundo. La conciencia de su propia existencia proviene del contacto (articulado fenomenológicamente como intencionalidad) con las cosas, con las demás personas y con los acontecimientos. El concepto de persona incluye, esencialmente, la relación dialogante de la persona con el mundo que la rodea. Sólo en esta relación puede actuarse la personalidad. Todo acto de fidelidad a sí mismo, de responsabilidad consigo mismo, de estructuración y afirmación de sí mismo, de valiente decisión por sí mismo, de consecuencia en el propio comportamiento, de mantener la propia palabra, de responsabilidad por la propia acción y el propio yo; todo acto o empeño personal va dirigido del yo a un mundo que forma parte de la persona y le pertenece.

En efecto, la persona nunca se desmundaniza; así lo afirma la fenomenología. La persona es “ser en sí” y “ser para otros”, es decir, significa ser autónomo y referencia al mundo. Lo uno y lo otro, ser y dinámica, se hallan en mutua dependencia dialéctica. La persona, pese a su consistencia propia, y precisamente en razón de ella, es motor decisivo de toda unión comunitaria y social humana.

b) En vista de nuestro tema principal, la ética y específicamente la bioética, nos interesa destacar el encuentro del sujeto con otros sujetos, lo cual se designa fenomenológicamente como intersubjetividad. De este modo reconocemos el aporte del personalismo relacional como modalidad influyente en la bioética. Para una información más detallada sobre el método fenomenológico, de su origen en el pensamiento idealista de Edmund Husserl y de su desarrollo posterior, recomiendo el estudio de Richard Zaner.⁸

Mary Rose Barral⁹, experta en Merleau-Ponty, aporta una excelente descripción fenomenológica de la experiencia humana ante otro ser humano. En esa descripción se revela el sentido auténtico de la intersubjetividad y de la relación interpersonal. Primero es preciso reconocer que la intersubjetividad y las relaciones interpersonales sencillamente no sólo ocurren, sino que es preciso hacer algo para que ocurran, hay que cultivarlas y desarrollarlas para que al madurar contribuyan a la plenitud de la vida. Cabe preguntarse: ¿Son las relaciones interpersonales necesarias para el ser persona y por lo tanto ontológicamente inseparables del sentido esencial del ser humano? ¿O se trata de una opción u objeto de un acto voluntario de elección? Ambas posibilidades pueden afirmarse, pero con su correspondiente sentido propio.

En cierto sentido no podemos rechazar la relación con otros seres humanos pues nacemos en una sociedad ya constituida como una red humana de interacción. Nos iniciamos en la existencia con vínculos naturales y nuestro desarrollo supone

⁸ Zaner Richard, **The Way of Phenomenology**, New York, Pegasus, 1970.

⁹ Barral, Mary Rose, **Life - Sharing for a Creative Tomorrow**, New York, Peter Lang, 1989, págs. 51-54.

depender de otras personas y del medio físico y cultural que nos rodea. Pero también es cierto que podemos elegir el grado de vinculación y la calidad de las relaciones interpersonales para entenderlas como encuentros de comunicación y apertura íntima, hasta poder decir que existe una comunión personal en, por y para el otro.

c) Así pues, si bien es cierto que la interacción entre los individuos humanos es natural y necesaria, o dada como condición de la existencia y del conocimiento del entorno, la calidad de determinados encuentros interpersonales depende de la disposición de cada persona. Vale decir, podría afirmarse que la relación interpersonal no es primordialmente cuestión de selección a nivel psicológico, sino necesidad del ser en sí de la persona y, por consiguiente, de carácter ontológico. De hecho, la ausencia e inclusive la deficiencia en las relaciones interpersonales genera una fragmentación de la estructura del ser e inclusive una desorientación en la dinámica del pensamiento, la decisión y el sentimiento humanos. Así lo atestiguan expresiones como “está fuera de sí”, “es incapaz de comunicarse”, y “está fuera de contacto con la realidad”.

Al perder o abstenerse del contacto comunitario, la persona pierde el sentido de la realidad que la rodea y pierde el rumbo de su crecimiento hacia una trascendencia. La relación interpersonal es pues, por un lado, una necesidad que uno encuentra al existir (intersubjetividad general); y por otro lado es un logro para lo cual se exige esfuerzo (intersubjetividad en un sentido estricto.) Aun a nivel biológico, la existencia humana supone, en su inicio, la relación personal de los progenitores; luego el desarrollo psicosocial supone un entramado complejo y constante de interacción comunitaria.

d) Distinguimos inmediatamente intersubjetividad en sentido amplio e intersubjetividad en sentido estricto como relación interpersonal, ya que no son, como hemos indicado, estrictamente sinónimos.

La intersubjetividad en sentido general puede referirse a la experiencia por la cual varias personas o sujetos perciben un mismo objeto, lo cual a su vez presupone la convivencia necesaria o la intersubjetividad en su sentido ontológico. Un objeto resulta intersubjetivo cuando varios sujetos lo ven o lo entienden de la misma forma, con lo cual podría decirse que dicha experiencia, en la medida en que es compartida y no exclusivamente privada, permite un conocimiento objetivo. Así pues el objeto percibido no es una mera idea sino una cosa concreta existente delante de varios sujetos que lo captan por medio de sus sentidos corpóreos y lo expresan por medio del lenguaje.

Aquí, como diría Barral, se aplica una epistemología sustentada en el pensamiento de Merleau-Ponty, quien indica que cada acto de percepción se relaciona y depende de otros actos en el agente que percibe, pero que también necesita de una relación con

las percepciones de otros agentes. No hay objetividad o realidad objetivable sin un sujeto ante el cual esa realidad aparece como objeto, pero tampoco sin la red de otros sujetos que también perciben y comparten lo percibido.

Merleau-Ponty explica la intersubjetividad en su sentido general como la etapa final de un proceso epistemológico que se inicia con los sentidos del cuerpo. La unidad del objeto percibido se establece gracias a diversos actos de percepción del mundo circundante y por la aparición del cuerpo del otro que mantiene una conducta análoga, inclusive por la misma expresión lingüística o gestos a la hora de percibir el mismo objeto. La presencia del otro sujeto de percepciones invita a una comunicación o a una confrontación de lo percibido en común. En la intersubjetividad se afirma la posibilidad de la existencia de un objeto en común.

De lo anterior se deduce que la captación de mi mundo no es un hecho aislado e individual, sino que está mediado por la presencia de otros sujetos. Es decir, la experiencia perceptiva depende del contexto de una red de percepciones de varios sujetos.

e) En resumen, el otro sujeto siempre está presente y ello de varias maneras: de forma remota porque ha preparado el ambiente y los objetos con los cuales nos encontramos al nacer y comenzar a experimentar el mundo, o por haber configurado la cultura que nos sostiene y orienta; y de forma próxima, al conformar nuestra comunidad de la vida diaria. Basándose en Merleau Ponty, Barral nos indica que conocemos las cosas y captamos nuestra situación en el mundo porque observamos las acciones o la conducta de otros y aprendemos de ello.¹⁰

f) Recapitulamos ahora la dimensión existencial. En primer lugar es necesario explicar la intersubjetividad en su sentido estricto y propio de la relación entre personas, cuando la misma es fruto de una decisión personal. Al designar como intersubjetivo el encuentro entre dos sujetos, independientemente de cualquier objeto que puedan percibir en común, estamos refiriéndonos a la intersubjetividad como una realidad entre personas, lo cual no elimina la condición epistemológica de un objeto en común que pasa a ser medio para el encuentro de los sujetos.

Aunque existen muchos medios para conocer algo, cuando se trata de relaciones interpersonales hay un aspecto fundamental que no puede desestimarse: un ser humano es cuerpo pero también espíritu, de modo que para conocerlo es preciso captar la totalidad del ser corpóreo y espiritual en su unidad. Cada actividad humana en cuanto tal supone lo corpóreo y lo espiritual; incluso la especulación intelectual depende de un estado emotivo con su correspondiente expresión física.

¹⁰ Ibídem.

En el encuentro entre las personas, el factor de la afectividad, tanto en su raíz emotiva como en su orientación hacia la trascendencia espiritual, adquiere una importancia que no puede subestimarse ni tampoco exagerarse.

g) Veamos los grados de la vinculación humana. En las relaciones interpersonales hemos de distinguir grados de vinculación. Por ejemplo, la relación interpersonal puede ser externa, superficial, casual y transitoria como las meramente funcionales que surgen en un ambiente burocrático e impersonal. En el ambiente clínico (que describiremos en una próxima sección denominada “Práctica - Dinámica”) encontraremos este tipo de relación entre el profesional y el paciente, la cual tendremos que evaluar críticamente como inadecuada para la práctica clínica. Ahora bien, la relación interpersonal puede ser también una relación profunda en la cual el sujeto comprometa su interioridad.

La primera forma puede reducirse a un intercambio de información por medio de palabras u otros signos convencionales, sin suponer comunión de espíritu. Ciertamente puede producirse un intercambio de ideas; pero el elemento subjetivo queda normalmente marginado o subestimado. En todo caso se comunica algo, pero no se comunican los agentes del intercambio, de modo que no se trata de un encuentro entre personas, en el orden del ser, sino tal vez sólo en el orden del tener o hacer.

Para generar un encuentro auténtico es preciso que los sujetos se reconozcan en su subjetividad única y en su valor propio. En este sentido, el encuentro puede iniciarse con una experiencia no estrictamente intelectual sino intuitiva, en la cual el factor afectivo se manifiesta en su función más vital. El encuentro interpersonal inicial supone apertura y disposición a la mutua aceptación, lo cual facilita la empatía a la hora de captar la experiencia del otro.

El encuentro interpersonal representa una posibilidad existencial de modalidad inmediata y sin la mediación de argumentos racionales para demostrar su valor moral. Para algunos filósofos, como Gabriel Marcel, Martín Buber y Edith Stein, el encuentro interpersonal condiciona la posibilidad de la experiencia moral desde su raíz prerreflexiva.

h) El encuentro intersubjetivo o interpersonal ha sido descrito por Gabriel Marcel como “misterio”, es decir, como una realidad en la cual se participa sin poder presentarla como un objeto capaz de ser reducido a elementos por medio de un análisis, e independientemente de la existencia propia de quien opera el análisis.¹¹

¹¹ Cf. Marcel, Gabriel, **Mystery of Being, I, Reflection and Mystery**, Chicago, Gateway, 1960, pág. 242.

El encuentro puede (y de hecho ocurre así), quedar empañado por prejuicios o estados de ánimo negativos que obstaculizan la apertura inicial. En todo caso, el encuentro pertenece al orden del misterio en el cual se participa, y nunca se presenta como un objeto externo para ser tratado técnicamente como se hace con un “problema”. Se reconoce la intersubjetividad como un encuentro entre un yo y un tú, según Martín Buber.¹²

Este encuentro es fundamental y esencial para el ser persona en su plenitud ontológica y psicológica. Sólo se es persona en la identidad propia. Ahora bien, la identidad propia no se articula sino en el marco de la relación con el otro, considerada como encuentro radical, total, comprometedor. Un encuentro que es transcendental en la medida en que la individualidad egocéntrica se abre a una dimensión superior que engloba tanto al yo como al tú. En efecto, según Marcel, Buber y nuestra colega Barral, un sujeto humano se transforma en entidad moral y en persona auténtica en la medida en que reconozca al otro sujeto en su carácter original y en sí mismo valioso.

i) El encuentro en su modalidad ideal, es decir, la intersubjetividad en su sentido estricto, es una relación de amor por la cual la persona integra y armoniza su ser propio a la vez que, paradójicamente, se entrega a la promoción del bien del otro. El encuentro no se da si se fragmenta la persona en cualquiera de las dos dimensiones de su relación interpersonal, es decir, si quien inicia la relación lo hace desde una perspectiva puramente racional, o si se estanca en lo meramente físico; o si la respuesta se limita al reconocimiento intelectual o bien a una reacción sensual.

En este punto es preciso preguntarse en qué medida la relación interpersonal o el encuentro intersubjetivo es una experiencia moral de nivel existencial básico, sobre la cual la ética puede reflexionar articulándola conceptualmente en términos de principios, deberes, derechos y bienes. Al responder a esta cuestión nos introducimos en el tema siguiente: la visión orgánica del Personalismo Orgánico en relación con la ética.¹³

j) Recordemos que la intersubjetividad supone identidad de la persona, pero también apertura y disposición para con el otro. Es decir, el hombre se hace patente a sí mismo, pero también se descubre en comunión. “Hacerse patente a sí mismo” significa que se experimente como centro único de todo su quehacer, que se sienta principio único y sujeto responsable, persona o yo, lo cual también entraña la vivencia de la identidad (un ser en sí mismo) y la vivencia de la percepción de todo el entorno en su radical alteridad. La persona se experimenta, por tanto, como distinta de las cosas y las cosas distintas de él.

¹² Cf. Buber, Martín, **I and Thou**, New York, Scribner, 1946, pág. 5.

¹³ Cf. **Personalismo Orgánico...**

En relación con el tú, el yo puede desarrollar naturalmente una proximidad más profunda, pero jamás el yo puede ser el tú. Al afirmar que cada hombre o ser humano es persona, se está subrayando que él (o ella) es, más allá de todas las diferencias categóricas e individuales, un ser particular, inconfundible, insustituible y único.

k) Consideremos ahora la apertura de este yo único. Reconocemos que la unicidad orgánica de la persona no se revela plenamente sino en la comunión interpersonal. La persona no es un ser cerrado en sí mismo sino capaz de entrar en contacto con otras personas. Según comenta A. Auer, el pensamiento moderno sobre la persona, estimulado ante todo por motivos bíblicos, por otros de antigua tradición (S. Agustín) y por la experiencia de la actualidad, subraya con insistencia lo que no se resalta explícitamente en la definición de Boecio, a saber, que la subsistencia en sí misma de la persona no ha de entenderse como cerrazón¹⁴. Persona es, por excelencia, el ser de la palabra y del amor, mientras la cosa es la realidad sobre la cual se habla y de la cual se puede disponer.

La persona es un ser que interpela y al cual yo debo responder. Palabra y respuesta no son aquí una cosa puramente intelectual. Se trata de una relación concreta o de una postura frente a los otros. Por el hecho de que el otro existe y está delante de mí, su misma presencia es una interpelación o exigencia de reconocimiento y de aceptación benevolente y benéfica. No es posible no responder: o lo acepto o lo rechazo.

l) En estas afirmaciones se anuncia el componente moral de la experiencia humana en su sentido original. La unicidad de la persona en el encuentro interpersonal es vivida como interioridad. Ha de insistirse en que encontrar al otro, sentir su interpelación, responderle, es siempre un encontrarse "cara a cara". La persona presenta además un carácter sagrado o metafísico. La unicidad no se constituye a partir del encuentro de las personas, sino que en cada encuentro y comunión, esa unicidad se manifiesta e impone como una realidad que finalmente no proviene de mí ni de ti y que precisamente por ello hace posible que el encuentro se una comunión interpersonal.

En este sentido, el ser de la persona en su anhelo del otro se presenta como una vía de acceso a la realidad trascendente estudiada tradicionalmente por la metafísica.¹⁵

m) Si bien es una experiencia subjetiva, la intersubjetividad, precisamente por su dimensión moral, no podría ser meramente "subjetivista". El subjetivismo es una distorsión de la intersubjetividad, pues al negar el "inter-" supone un centrarse en sí y

¹⁴ Cf. Auer, Alphons, **El cristiano en la profesión**, Barcelona, Herder, 1970, pág. 140.

¹⁵ Cf. Fernández, Ángeles; Ramon, B., **Dimensión ética de la vocación cristiana**, Santo Domingo (RD), Dominicas, 1990, pág. 20.

un apartarse de toda comunicación y, por consiguiente, de toda comunión interpersonal. La intersubjetividad, por el contrario, es la autorrevelación de sí, precisamente en cuanto apertura y disponibilidad, para interactuar con la subjetividad del otro, a quien se reconoce no como objeto o cosa para usar y controlar, sino para afirmar como un bien.

Es decir que la relación interpersonal puede ser contingente o accidental, pero también resultante de una decisión voluntaria, cuando se ha alcanzado la capacidad de deliberar y optar entre varias posibilidades. De hecho, la selección que se haga de esas relaciones posibles define el propio ser, en cuanto proyecto existencial, expresa la libertad responsable y promueve la creatividad moral de sí mismo.

La posibilidad misma de realizar la selección supone condiciones que representan, a mi entender, la base mínima para la vida moral sobre la cual trabaja la ética como disciplina. Como diría Barral: "La intersubjetividad implica y exige, a modo de presupuestos, un horizonte de rasgos y actitudes humanas que se asemejan a lo que se entiende por virtud. Para lograr la comunicación de sí en cuanto persona, el sujeto debe experimentar una apertura sin reservas egoístas y sin prejuicio. Es decir, los encuentros interpersonales varían, pero existe una condición para su autenticidad: la honestidad absoluta. Si uno de los sujetos en la relación se presentase de modo falso, pretencioso e inauténtico, la relación sencillamente no se generaría. Si se ocultase algo, no por reserva o reverencia a la privacidad propia, sino para engañar o ganar ventaja, con la intención de manipular, entonces queda excluida la posibilidad del amor como la forma óptima de la relación interpersonal.

n) El lenguaje desempeña un papel importante en la apertura o cerrazón de la persona en la intersubjetividad. Pero el lenguaje no siempre revela la totalidad o la profundidad de la persona. En primer lugar, los sujetos hablantes no siempre reconocen su propia profundidad; segundo, la persona está siempre en proceso de desarrollo, de modo que ninguna comunicación es exhaustiva; y tercero, la verdad sobre una persona supera siempre el concepto y la imagen que se tenga de ella. La comunicación es, entonces, un proceso continuo por el cual se produce la ampliación y la profundización de la relación intersubjetiva - interpersonal. Pero la comunicación nunca abarcará definitivamente esa realidad en constante crecimiento.

o) Al enfocar directamente la dimensión moral de la intersubjetividad, resulta necesario formular una doble afirmación: en primer lugar, se debe afirmar el bien de la propia existencia y, simultáneamente, afirmar el bien o valor de la existencia del otro (benevolencia). Más aún, la intersubjetividad como vivencia moral exige evitar todo lo que pueda impedir la vida o dañar el valor de esa vida, tanto en mí como en el otro; particularmente ha de evitarse toda forma de odio o emoción destructiva que separa un sujeto de otro (malevolencia). El odio supone una relación interpersonal pero en el sentido de negación de la otra persona, lo cual lesiona la profundidad del

ser persona. Es decir, en la intersubjetividad auténtica cada uno reconoce y respeta al otro en su subjetividad (autonomía y justicia), mientras que en la intersubjetividad inauténtica la relación no está ausente, pero sí negada en cuanto tal o usada con fines mezquinos (violenta la dignidad y obstaculiza la autonomía)".¹⁶

p) Creo que lo expuesto hasta ahora demuestra que una interacción intersubjetiva, cuando es auténtica, no sólo es un intercambio personal sin el cual no hay desarrollo hacia la plenitud del ser en su totalidad orgánica, sino que también es condición inicial sin la cual no tendría sentido hablar de la vida moral.

En efecto, la dimensión moral se revela fenomenológicamente como intencionalidad hacia un perfeccionamiento de sí en el servicio generoso a otros, y como reconocimiento de un fundamento que trasciende cada sujeto y le revela la razón última de su condición de interdependencia tanto en el plano del ser como en el del actuar.

La vida moral supone lograr un auténtico encuentro entre sujetos: entre un sujeto (yo) y otro sujeto (tú), y ambos en interacción para ubicarse en un "nosotros" que trasciende cada individuo en sí. En el reconocimiento mutuo del ser personas está la base y punto de referencia para exponer el carácter intrínsecamente moral de todo intercambio humano, en la medida en que es interpersonal y no meramente instrumental.

Barral nos asegura que, "la comprensión de la intersubjetividad, en cuanto relación interpersonal, nos conduce a la investigación de las cuestiones ético - morales, ya que éstas conciernen tanto a la intimidad de la persona individual como a su relación más profunda con la comunidad de personas."¹⁷

q) Desde el punto de vista fenomenológico, las relaciones interpersonales pueden describirse como apertura y disposición hacia el misterio del tú. Esa apertura y disposición nos introducen en la cuestión de la dimensión moral y el tema de las obligaciones éticas inherentes a la relación interpersonal. Más aún, al acentuar que se trata de una relación entre personas se tendría que postular un fundamento antropológico que tenga dos funciones principales: garantizar el carácter normativo de la ética y reconocer que la espiritualidad es una dimensión legítima en el orden de la convicción personal y del compromiso con la ética.

r) A modo de puente entre la apertura existencial como condición para la experiencia moral y el rigor de la reflexión ética, resulta esclarecedor identificar el concepto de responsabilidad operante en la respuesta que exige la apertura existencial, y luego

¹⁶ Cf. Barral, op. cit., págs. 61-62.

¹⁷ *Ibidem*.

explicar el concepto de benevolencia que acabamos de fundamentar en dicha apertura o disponibilidad.

t) Gilligan llama la atención sobre el significado primario de la palabra “responsabilidad”: compromiso con las obligaciones y disposiciones con mira al cumplimiento de normas morales esenciales a la comprensión del yo en sus vinculaciones. Aun cuando anticipemos el tema del próximo capítulo, resulta instructivo seguir el pensamiento de Gilligan sobre la experiencia moral de la responsabilidad como preámbulo vivencial del principio de justicia y de la ética del cuidado: la justicia, en cuanto vivencia, surge como una sensación de igualdad y desigualdad; mientras que el cuidado se asocia al apego y al abandono. Ambas vivencias se observan en la relación padre e hijo, pero pueden repetirse a lo largo de la vida.

En efecto, toda forma de vinculación humana está sujeta a la posibilidad de igualdad - desigualdad, al igual que a la posibilidad de apego - abandono o renuncia. Cuando Gilligan señala que el apego o interdependencia es la dimensión primaria de la experiencia humana, conecta la psicología de la vida con el pensamiento ético en torno del crecimiento moral y del desarrollo ideal del yo. En cambio el individualismo, con su ideal de autonomía, pone el acento en el desprendimiento y la independencia.

Según Gilligan, cuando otras personas son consideradas como objetos de autorreflexión o como medios para el autodescubrimiento y el autorreconocimiento, las relaciones humanas pierden su dinamismo y vitalidad, con lo cual difícilmente podrían considerarse como interpersonales. Así pues, tales relaciones se asemejarían al trato que se genera con una persona vista como “problema” en lugar de “misterio” (en el sentido de Marcel) y como “cosa” en lugar de “tú” (según Buber).

El yo, aunque esté colocado en relación con otro, puede ser definido en términos de reflexión y de separación (modelo masculino actualmente prevaleciente, según Gilligan). Pero por otra parte puede ser definido no en términos de reflexión y separación sino de interacción y respuesta de compromiso humano (modelo alternativo femenino).

Vale decir entonces que según sea la imagen del “yo” que se tenga, así será también la visión de la agencia moral y su definición correspondiente de la responsabilidad.

Ser consciente de la presencia de otros, reconocer sus necesidades, tomar iniciativas para comprometerse con su asistencia y tomar posesión de sí mismo como agente al responder al otro en el sentido del cuidado, todo ello supone un aspecto afectivo. Gilligan opone esta actitud a la del mero hecho de hacer un compromiso y mantenerlo firme por medio de la voluntad, lo cual sugiere una mentalidad contractual cimentada en la autonomía individual y expresamente separada del otro.

En la perspectiva de Gilligan, este contraste equivale a dos “voces”: una de vinculación, de no hacer daño ni herir, sino cuidar y responder con receptividad y disponibilidad servicial; y la otra, de igualdad, reciprocidad, justicia y derechos. Entre estas voces puede existir una tensión, la cual con frecuencia corresponde, expresado en el lenguaje contemporáneo, al género femenino en contraste con el género masculino.¹⁸

u) Para Gilligan la experiencia de dependencia es inherente a la condición humana. Esta experiencia afirma la intersubjetividad y corrobora la interacción personal hecha en apertura y disponibilidad como condición para la experiencia moral. Expresiones como “estar allí”, “asistir”, “hablar a” y “hacerse presente”, sugieren que las personas confíen en otros para obtener comprensión, consuelo y amor.

El apego habla de la capacidad humana de inspirar o afectar a otros y la de ser también afectados. Ser dependiente no implica sólo o primariamente incapacidad, impotencia o carencia de control, sino más bien la convicción de que uno puede afectar y ser afectado por otros, y que la interdependencia del apego potencializa a ambas personas y no a una sola a expensas de la otra. El apego supera la dicotomía entre separación y sumisión como únicas opciones opuestas, mientras que la responsabilidad a su vez nos conduce más allá de la indiferencia o de la alternativa de un compromiso ciego. Las actividades correspondientes adquieren un carácter moral que en el contexto de la reflexión ética se entienden como respuestas normativas de solicitud y eficacia.¹⁹

v) Vinculemos ahora la benevolencia a la condición existencial de disponibilidad. La fenomenóloga A.T. Tymieniecka reconoce un sentido moral propio y específico en el sentimiento de la benevolencia, que considera inseparable de la vivencia de la responsabilidad.²⁰

Según Tymieniecka, el sentimiento de benevolencia no es un instinto, ni tampoco una mera emoción sensible. La benevolencia es un sentimiento altruista y no egocéntrico, explícito en cuanto despliega la disponibilidad de la persona en todas sus capacidades, particularmente la afectiva. La benevolencia tampoco se centra en los estados de ánimo propios, pues su contenido es la intencionalidad de procurar el bien del otro.

La benevolencia está arraigada, a mi entender, en una disponibilidad que presenta las características aludidas por Gabriel Marcel, pero es inseparable o bien entraña la

¹⁸ Cf. Gilligan, Carol, **Mapping the Moral Domain**, Cross Currents, Spring, 1989, pág. 51.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Cf. Lugo, M. Elena, “Edith Stein: empatía, responsabilidad moral y Dios”, en: **Revista de la Fundación Argentina de Psicoterapia Simbólica**, vol. 2 #2, 1999, pág. 93 - 100.

responsabilidad en su sentido original de “responder” (latín “respondere”) o “prometer por su parte”, a lo cual también hace referencia la interdependencia en Gilligan.

Gabriel Marcel declara que el ser humano puede afirmar su ser en cuanto persona en la medida que pueda creer real y efectivamente en la existencia de otro, de quien se distingue pero con quien puede unirse en un encuentro pleno, lo cual de ordinario se reconoce como amor de beneficencia. Pero sólo la disponibilidad o receptividad afirmativa del otro como sujeto hace posible el amor como modalidad primaria, en el orden de la excelencia, de la intersubjetividad.

La disponibilidad, según Marcel, surge del reconocimiento de la propia incoherencia e insuficiencia de ser, y de la condición propia del ser contingente o encargado y no propietario del ser propio. Mas aún, sólo en la comunión de amor con el otro considerado como un tú, como una presencia que reviste valor y libertad, se nos revela el otro y nos invita a participar en el misterio ontológico que sostiene tanto al tú como al yo en cuanto manifestaciones del misterio.²¹

El responder es una apertura amorosa y receptiva del otro, y a la vez un elemento creativo para la misma persona que lo pone en práctica. Ese responder está en conexión con la disponibilidad que hace posible la benevolencia. Según se indicara al introducir a Marcel, el otro es una presencia o contenido consciente sobre lo cual no se puede disponer de ninguna manera; no pertenece al orden del tener; no puede ser visto como “problema” para analizar en sus componentes, sino como “misterio” para afirmar, como una realidad que no se puede entender analíticamente, que requiere una respuesta creativa.²²

Se responde creativamente afirmando y sirviendo al bien del otro como sujeto con identidad, integridad, valor, dignidad y anhelos de trascendencia propios. Se va así configurando una ética que requiere confianza mutua; una ética en la cual la generosidad supera el cálculo de beneficio y riesgo, sosteniendo a la vez los derechos individuales y sus correspondientes deberes. Pensamos aquí en una ética de diálogo en el sentido de “comunión” de espíritu, tal como lo expresa Martín Buber al decir, “un estar consigo mismo a la vez que un dirigirse al otro en su ser particular y presente, con la intención de establecer una relación vital mutua”. La relación entre un tú y un yo designa una intimidad en la cual dos personas únicas - cada una con su identidad propia - optan por integrarse al mundo del otro mientras que, simultáneamente, aumenta la conquista de la identidad propia. La intimidad exige madurez psicológica y también una capacidad para sufrir abnegadamente, para servir a la vida del otro y así crecer como persona.²³

²¹ Cf. Marcel, Gabriel, **Du refus a l'invocation**, París, Gallimard, 1940, págs. 50 - 52.

²² Cf. Marcel, Gabriel, **The Philosophy of Existence**, New York, Philosophical library, 1949.

²³ Cf. Buber, Martín, **I and Thou**, New York, Scribner, 1946, págs.96.

x) La reflexión anterior nos conduce a perfilar una ética de responsabilidad integradora de derechos y deberes; una ética de benevolencia y beneficencia en la cual la empatía asume su papel hermeneúico y se presenta como una virtud radical para el encuentro interpersonal animado por la apertura y la disponibilidad. Es también una ética que integra la afectividad, que insisto en no identificar con una dimensión emotiva sin arraigo espiritual. El acto moral en su integridad incorpora lo afectivo y la dimensión del sentimiento. Ellos son agentes motivadores – si bien no constitutivos – de la intención de la conciencia iluminada por la razón y rectificadas por la voluntad.

Se trata de una ética fundamentada en la concepción del ser persona como respuesta, comunión y compromiso. Se trata por consiguiente de una visión orgánica de la ética personalista, capaz de integrar el principalismo, las virtudes y el cálculo pragmático. Capaz también de reconocer el aporte de la narrativa y de la inspiración femenina en la reflexión ética.

Pero antes de exponer el pensamiento ético en su sentido riguroso, es preciso señalar un aspecto más del encuentro intersubjetivo: la trascendencia.

y) En este punto la epistemología de Merleau Ponty habla de una orientación hacia un horizonte que amplía la reconcentración del sujeto, proyectándola más allá de una esfera limitada de la realidad y ceñida a un momento inmediato. Por su parte, Marcel se refiere a una apertura hacia el orden del misterio. Ambos señalan así que la trascendencia es un componente primario de la intersubjetividad.

Según estos pensadores, cada acto intelectual, volitivo y afectivo apunta, en su intencionalidad, a una esfera que va más allá de la individualidad e inclusive hacia un orden de ser considerado como una totalidad englobante. Las descripciones espontáneas de la dimensión trascendental de una experiencia humana pueden tener características comunes:

- Sentir una profunda autoestima, aceptación y amor de parte de otros.
- Sentir una unidad consigo mismo o una armonía interior libre de conflictos y división.
- Sentir una unidad con una deidad, con el universo, y una solidaridad con todos los demás seres, particularmente con seres humanos.

Se trata de experiencias puntuales e intensas más que de estados permanentes. Pero si bien es cierto que muchos tienen la experiencia de la espiritualidad tal como queda descrita, son muy pocos los que comprenden su significado.

En su obra *Urgings of the Hearth*, Wilkie Au y Noreen Cannon asocian trascendencia y espiritualidad a un nivel existencial que ofrece una vía de acceso para comprender

lo que implican apertura y disponibilidad del sujeto como respuesta al mundo circundante. Au y Cannon nos ayudan asimismo a configurar el marco referencial de la responsabilidad y a la vez sustentan la benevolencia: “La transformación espiritual consiste en dos movimientos: apropiación y trascendencia de sí mismo. La apropiación de sí mismo incluye el conocimiento y la comprensión de uno mismo (intimidad y unicidad de la persona). Ello supone, prácticamente, reconocer lo que ocurre en el interior; conocer quién soy; saber el porqué de mis decisiones; reconocer lo que motiva, explica y tal vez justifica mis acciones y finalmente captar mis sentimientos y deseos. Es decir, la apropiación de uno mismo exige el hábito de la autorreflexión por el cual me conecto con las corrientes vitales conscientes y subconscientes de mi vida”²⁴. Esto afirma la identidad del sujeto o la integridad de la persona que se hace responsable y se sabe benevolente.

“La trascendencia de sí mismo, en cambio, se refiere a la transformación gradual de una visión centrada en el ego a una visión de un orden que me supera pero que paradójicamente me contiene.”²⁵

SÍNTESIS

En síntesis, la trascendencia apunta a un orden espiritual que unifica la posible fragmentación del sujeto en lo que piensa, decide, siente y hace. Este orden puede ofrecer certeza, más allá de la razón analítica, frente a la incertidumbre que caracteriza nuestra aspiración por conocer y controlar los procesos internos y externos a la vida. Ante la imposibilidad de predecir el futuro, el orden espiritual se presenta como un recurso de esperanza, lo cual no supone una actitud pasiva sino ser audaz en la confianza. Cabe preguntarse - si bien una respuesta podría resultar prematura en esta sección - si la espiritualidad representa un logro de la iniciativa y esfuerzo psíquicos del sujeto, o si más bien constituye un don, aun cuando suponga una participación activa del sujeto.

En lo concerniente a la espiritualidad en su modalidad religioso - cristiana, la disposición interna de apertura y disponibilidad receptiva son condiciones para que tenga lugar un momento de gracia que transforme la fragmentación de la persona en una experiencia de totalidad, de percepción de un sentido profundo en la vida personal e interpersonal, de pertenencia al universo y de tener un rumbo en el curso temporal de la vida.

El crecimiento espiritual asistido por la participación en el orden de la gracia sobrenatural facilita el ejercicio de la responsabilidad en el cuidado del que nos habla Gilligan; y sustenta además el amor benevolente y bienhechor aludido por

²⁴ Au, Wilke, **Urgings of the Hearth**, New York, Paulist Press, 1995, pág. 10.

²⁵ *Ibidem*.

Tymieniecka. Pienso que la perseverancia en el cuidado amoroso prodigado a extraños y a veces a personas rebeldes y agresivas, necesita de una dimensión estrictamente religiosa o de trascendencia supranatural. En este sentido Sulmasy afirma: “En última instancia la espiritualidad es una descripción de la relación que se tiene con Dios. Sólo Dios satisface nuestros deseos más profundos.”²⁶

Por otro lado, la psicología popular, y en particular la corriente Nueva Era, propone lograr la armonía y la paz interior por medio de técnicas y destrezas, tanto individuales como grupales, para vivir más allá de la individualidad. Naturalmente exploraremos la espiritualidad secular, como también la religiosa, en su aplicación al contexto clínico.

Es importante reconocer la existencia de un factor común a la espiritualidad religiosa y a la secular: el amor en un grado de plenitud y permanencia, con sus correspondientes exigencias y sacrificios. Según Sulmasy: “La espiritualidad es una relación de amor. Y como toda relación de amor, la espiritualidad necesita tiempo para desarrollarse. Se intensifica y se debilita; se torna cálida y se enfría. Es una relación que a veces necesita sanarse y exige perdón. Exige un compromiso diario que no se deje influenciar por la rutina. Necesita atención y esfuerzo intenso.”²⁷

La trascendencia como dimensión de la experiencia de intersubjetividad revela una condición inherente a la misma intersubjetividad, que a su vez constituirá el núcleo del encuentro médico - paciente: la empatía. Tal como lo hemos visto, la trascendencia supone ir más allá de los límites de la individualidad. Y precisamente esto es necesario para la empatía, porque ella significa traspasar el límite de la autoconciencia de un yo para reconocer al otro en su situación y experiencias.

En mi artículo sobre empatía e intersubjetividad en el contexto del pensamiento de la fenomenóloga Edith Stein consigno lo siguiente: “El sujeto de la experiencia empática, no obstante, no es el empatizante, sino el otro. Y esto es lo fundamentalmente nuevo en contraste con los actos de memoria, expectativas y fantasías de nuestras experiencias propias. Estos dos sujetos están separados y no unidos por una conciencia de igualdad o continuidad de experiencia. Mientras vivo en la dicha del otro no siento una dicha primordial. Ese otro sujeto es primordial aunque yo no lo experimente como primordial. Empatía es un acto perceptivo sui generis; es la experiencia de una conciencia ajena a la mía, independientemente del tipo de sujeto experiencial o del sujeto cuya conciencia se experimenta... Así es como los seres humanos comprenden la vida psíquica de sus semejantes.”²⁸

²⁶ Sulmasy, Daniel P., **Healer's Calling: A Spirituality for Physicians and Other Health Care Professionals**, New York, Paulist Press, 1997, pág. 10.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Cf. Lugo, M. Elena, “Edith Stein: empatía, responsabilidad moral y Dios”, op. cit., n. 11, 1999, págs. 96 - 7.

Stein revela al otro como individuo psicofísico, y, más adelante, como persona - espíritu. Precisamente lo no primordial de la experiencia de la empatía la lleva a rechazar el término “percepción interna” para la comprensión de las experiencias internas dirigidas hacia sí mismo o hacia los demás. En su lugar, Stein usa el término “intuición interna”. Se trata de una experiencia de intersubjetividad por excelencia.

Según Stein, la empatía es, de hecho, la base de la intersubjetividad. La posibilidad de trascendencia, inherente al ser sujeto de experiencias, hace posible la empatía. Veamos ahora, en el contexto clínico, cómo el encuentro médico - paciente pone de manifiesto la trascendencia de cada una de las personas en la relación, cómo la empatía del médico para con el paciente es elemento constitutivo del encuentro clínico, para luego definir dicha relación como “intersubjetividad - en confianza”.

2. Visión Orgánica

La descripción existencial de la vivencia personal como ser único y en intersubjetividad nos invita a una reflexión e interpretación de la acción moral desde una perspectiva orgánica. En mi obra ya citada, "La relación médico - paciente", he elaborado una ética personalista que pone énfasis en las virtudes, promete integrar consideraciones éticas sobre principios y presta atención a la calidad misma del acto para ofrecer un análisis amplio de la acción moral.

Seguidamente les presento el capítulo.... de la Parte II de dicha obra.

Una ética Personalista con énfasis en las virtudes

La moral representa una cuestión humana central y su importancia en la práctica clínica es crucial para el futuro de la medicina en general y la RMP en particular. La moral se refiere a la determinación de cierta forma de actuar en relación consigo mismo y con los demás. Ya expusimos en qué sentido la apertura existencial revela la posibilidad de la responsabilidad, y de cómo la disponibilidad nos orienta hacia la benevolencia. Ambos aspectos - responsabilidad y benevolencia - sugieren que la persona en su vivencia original se orienta intencionalmente hacia cuestiones morales.

A fin de arrojar luz sobre el tema, consideremos dos puntos esenciales: la descripción del acto humano moral y el establecimiento del criterio para discernir cuándo un acto es moral o no (fundamentación de la moral).

1. ¿Qué es un acto moral?

Un acto moral es el que puede ser atribuido a un agente, lo cual supone responsabilidad, y es merecedora de alabanza o censura. El acto moral está condicionado por ciertas características del agente, a saber: que tenga la intención deliberada de efectuar la acción, que examine la racionalidad de la misma y se decida por convicción propia a consumarla. El agente tiene que estar motivado para optar por tal o cual acción específica, descartando así otras posibilidades de actuar. Vale decir que el agente es autónomo y personalmente responsable de la acción propuesta.

El agente de la acción es moral cuando es consciente del contenido, circunstancias y consecuencias predecibles de la acción; cuando está motivado e intencionalmente dirigido a un fin que eligió personalmente y para el cual puede ofrecer una justificación razonable y responsablemente asumida por convicción interna. Esta consideración nos conduce al segundo punto.

2. ¿Qué criterio puede considerarse razonable para justificar un acto como moralmente responsable?

Mencionaré las principales teorías formuladas a lo largo de la historia de la filosofía de la moral, y luego seleccionaré la que pueda deducirse mejor de la descripción fenomenológica ya iniciada.

Se puede presentar como criterio el postulado de una ley eterna, decretada por Dios y obligatoria para todo ser humano. Lógicamente este criterio supone pruebas metafísicas o algún análisis de la experiencia humana que requiera, para su pleno significado, la existencia de un Dios persona.

Otros sostienen que el criterio moral lo establece la sociedad y su obligatoriedad se extiende sólo a los miembros de la misma por acuerdo o contrato social. Esta postura conduce a una ética de mínimos o de contenidos indispensables para que pueda existir la convivencia, y a la resolución de conflictos por medio de consenso democrático.

En este caso se hace una reflexión ética sobre los procedimientos analizados, hasta que se pueda establecer acuerdos en común, pero sin centrar la atención en bienes sustanciales de carácter universal y necesario, ya que supuestamente estos no se manifiestan de modo objetivo. Se pone además el acento en la autonomía individual.

También cabe la posibilidad de postular los imperativos morales como intrínsecos a la naturaleza humana, o al ser de la persona, la cual, por medio de su razón, los descubre como dictados con validez universal y necesaria, y ante los cuales la voluntad ha de responder o no, pero en todo caso manteniéndose responsable ante ellos. Nos detendremos en este último criterio.

Pero antes menciono otro que goza de cierto grado de popularidad en círculos de extremo liberalismo. Se trata de un criterio que difícilmente justifica el acto moral, a lo sumo sólo lo explica: no existe ninguna norma o ley, ni divina ni humana, sino que cada individuo debe crear una mediante sus preferencias, las cuales funcionan como criterio. Para este modo de ver las cosas, el simple hecho de seleccionar una acción en el plano personal fundamenta el valor de dicha acción.

3. Creo reconocer un denominador común en estas cuatro posiciones, lo cual no implica proponer una síntesis ecléctica de las mismas, sino seleccionar la que nos parece un presupuesto común. De modo que no importa cuál sea el criterio aceptado como fundamento moral, porque en última instancia es la conciencia de la persona la que discierne el bien y la que, en virtud de tal discernimiento, juzga y decide la acción que realizará. Vale decir que si existe experiencia moral es porque la persona

es específicamente capaz de evaluar y aceptar, por íntima convicción, una norma, ley o decreto.

Busquemos en la condición de ser persona el fundamento ontológico y no meramente psicológico de la moral. Se trata de la persona en su totalidad y no sólo de su razón o intelecto discursivo. Se concibe a la persona como ser encarnado llamado a integrar los instintos y los sentimientos a la rectitud de la voluntad y al esclarecimiento de la inteligencia. La vida moral no es un conflicto entre espíritu y cuerpo, ni entre razón y pasión.

4. Para descubrir, entender y afirmar la ley moral es preciso conocer el ser persona en profundidad. La fenomenología como método descriptivo revela las experiencias concretas, mientras que las ciencias de la conducta y las sociales dilucidan las motivaciones y las influencias ambientales y culturales, señalan las dificultades para el ejercicio de la rectitud moral y examinan las influencias del subconsciente y el inconsciente sobre la decisión moral. En cambio a la filosofía le compete establecer el fundamento que justifique cuándo y por qué una acción es moralmente buena y correcta en consonancia con el orden de ser revelado en la persona. Ese orden de ser que se manifiesta en la persona es, a su vez, una categoría ontológica que se enmarca en una visión del orden de ser general y objetivo.

5. Veamos cómo se presenta la acción moral en el contexto clínico, para luego fundamentar la moral en una antropología filosófica basada en el concepto de persona.

Según el análisis de la medicina como encuentro interpersonal, la práctica clínica es en sí un ejercicio moral de carácter profesional, y ello por las siguientes razones:

- a) la naturaleza de la necesidad humana a la cual responde;
- b) el estado de vulnerabilidad de las personas a las cuales ofrece asistencia;
- c) las expectativas de confianza que genera;
- d) el contrato social que supone. Ser profesional plantea como exigencia moral la promoción del respeto mutuo, la honestidad y la confidencialidad apropiadas, evitando así la manipulación, intimidación y condescendencia. De este modo se constituye la relación clínica centrada en el cuidado; pero un cuidado matizado por consideraciones éticas y caracterizado por la profesionalidad.

6. Al aplicar las consideraciones anteriores a la medicina y demás profesiones de la salud, encontramos que la medicina representa una profesión de rasgos permanentes más allá de los diversos momentos históricos y de los diferentes ambientes culturales. La medicina responde a una necesidad esencial para el funcionamiento

humano: contar con un grado de salud óptimo que le permita a la persona realizarse en sus dimensiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales.

Precisamente la vulnerabilidad de la persona y su insuficiencia para asistirse a sí misma la conduce a transformarse en paciente que experimenta ansiedad, temor, sufrimiento y, por lo tanto, dependencia del profesional. El encuentro clínico entre el paciente y su médico necesita de la confianza, aun cuando dicho encuentro esté mediado por el consentimiento ilustrado considerado como proceso educativo y no mero evento para cumplir con un requisito legal.

La confianza supone, de parte del paciente, abandonar el autocontrol y descansar en la benevolencia y competencia de otro que supuestamente coloca el bienestar del paciente por encima de sus propios intereses personales. Mas aún, las profesiones establecen un contrato con la sociedad en el sentido de comprometerse a regular su formación y ejercicio profesional a cambio de la autonomía para determinar el criterio de educación y acreditación, para garantizar la confidencialidad ante otras entidades sociales y controlar la admisión de los miembros a la profesión. Estos privilegios no han de ser mera ideología de autoexaltación sino garantía para la prestación de un servicio de excelencia en el fiel cumplimiento del deber según la competencia inherente a la profesión.

7. Retomamos nuestra descripción del encuentro clínico para definir mejor el carácter moral de la medicina en un sentido aún más básico que el de ser una profesión.

Recordemos cómo una persona se constituye en paciente: al percibir su dolencia y correspondientes limitaciones, disminuye la seguridad en la autonomía propia y se revela el carácter finito, contingente y cambiante de la vida humana en sí. El paciente comienza a percibir la vida como riesgo y a sentirse vulnerable. Si se agrava su condición, el cuerpo asume la prioridad en su autopercepción y estima, con lo cual puede llegar a considerarlo enemigo u obstáculo.

Asimismo, tarde o temprano, podría surgir una experiencia de “desintegración” o “fragmentación” de la totalidad o unidad de cuerpo y alma. En este estado, empiezan a plantearse interrogantes sobre la identidad e integridad de la existencia personal. Se cuestiona la calidad de la vida en cuanto categoría psicosocial, al igual que se puede suscitar una reflexión filosófica sobre la dignidad, y una meditación religiosa sobre la santidad de la vida.

Ante la experiencia aquí descrita, la persona se reconoce como carente de autosuficiencia y obligada a buscar la asistencia de un experto o autoridad para considerar, evaluar y juzgar su condición. La persona se hace “paciente” necesitado y dependiente, ya que debe soportar una carga que la hace sufrir y padecer. Necesita descansar en otro que le inspire confianza y brinde cuidado. La persona en cuanto

paciente revela la condición humana de dependencia y receptividad, tan esenciales al ser humano como pueden serlo la independencia y la solicitud, pero lamentablemente poco apreciadas en una sociedad individualista y liberal, con recursos científico - técnicos para dominar la naturaleza humana.

8. El médico interviniente ha de ser libre para actuar, teniendo en cuenta los límites del conocimiento científico y de las posibilidades técnicas, a fin de intentar volver al paciente a su condición normal y reintegrar la unidad de la totalidad quebrantada. Ante la dolencia, sufrimiento, vulnerabilidad y dependencia del paciente, el médico se reconoce obligado en benevolencia y beneficencia a respetar a la persona en la condición que esta presente. Es decir, la vulnerabilidad de uno es el llamado a la beneficencia respetuosa del otro.

Esta intersubjetividad entre el necesitado y el capacitado constituye, como ya indicásemos al citar a Gilligan y a Tymieniecka, un núcleo de la experiencia moral, una condición para el pensamiento ético arraigada en la realidad existencial del ser persona. Todo hombre, en principio, puede ser vulnerable pero también estar capacitado para asistir a otro. Es decir, ambas son experiencias universales que suscitan consideraciones morales de asistencia solícita y benévola y de dependencia confiada y receptiva.

El médico se presenta con la promesa de sanar - curar y de cuidar; se manifiesta como un ser altruista que transfigura su mundo privado y personal mediante el compromiso de asistir al paciente en su integridad. El médico es el experto, el que posee una autoridad responsable para sostener al paciente como persona en el proceso de "regenerar" su vida quebrantada, sin por ello permitir que su autoridad degenere en poder agresivo o dominante. Es responsable de iniciar y dirigir el proceso curativo, pero en diálogo respetuoso con su compañero inseparable en la relación clínica, y también con la familia de éste, que participa en la experiencia del paciente dolorido, vulnerable y dependiente.

9. Amplío esta sección haciéndome eco de la interpretación que del encuentro médico - paciente nos ofrece Pellegrino: "El médico en cuanto sanador se vincula a la persona enferma en un profundo sentido interpersonal e interhumano. La dolencia de este último se reconoce como un denominador común entre médico y paciente, en el sentido de que ambos son personas o seres humanos capaces de enfermarse y sufrir. Ello genera una intersubjetividad responsable.

Así las cosas, queda claro que el origen existencial y tal vez prerreflexivo de la RMP no es un mero contrato (aun cuando éste exista) sino un encuentro de dos mundos vivenciales que en un principio eran extraños entre sí. Uno de estos mundos es el de la persona afectada, debilitada y sufriente, quien se reconoce vulnerable y dependiente. Esta situación la lleva a buscar la asistencia de un experto. El otro

mundo es el del profesional, capacitado y dispuesto a prometer o profesar una ayuda digna de confianza. Así se constituye el encuentro intersubjetivo o de reciprocidad íntima e interdependencia en el orden de la confianza. Cada integrante de la relación tiene entonces que contribuir virtuosamente para lograr la meta de sanar - cuidar.”²⁹

10. La RMP se presenta como una suma original de realidades personales y culturales, y de requisitos clínicos, sociales, morales e incluso religiosos. Todos estos aspectos necesitan de algún grado de consideración de parte del médico, quien asume la responsabilidad principal en la relación. La expresión de la intersubjetividad clínica se manifiesta en el acto clínico en sí mismo, el cual culmina con un juicio prudente de parte del médico, en colaboración con el paciente. El profesional actúa preguntando: ¿Qué puedo hacer por Ud.?, ¿Qué tiene?, ¿Cómo se siente?, o bien: ¿Qué pasa?, ¿Qué puedo hacer?, ¿Qué debo hacer? De este modo se invita a sí mismo a ingresar, por medio de la empatía, al mundo existencial de su paciente, a compartir su vivencia de dolor, a la cual promete atender con su competencia clínica, con su recta voluntad al servicio de la vida y de la salud, y con su amor benevolente desprendido de egoísmos. Se concentra pues en la individualidad de su paciente y no en sí mismo, ni en su familia ni en su bienestar económico o político, y menos aún en las exigencias de las obras sociales o aseguradoras de mentalidad mercantilista.

11. Al profesar o prometer asistencia, el médico suscita confianza no sólo por su conocimiento y conducta sino también por su ser persona; y promete asimismo fidelidad en el cuidado del paciente. Examinemos ahora lo que significan los conceptos de cuidado y fidelidad en cuanto aspectos de la ética clínica sustentada en el acto y juicio clínico en sí.

La integración de dos mundos de vivencias, el del médico y el del paciente, genera un mundo nuevo: el mundo clínico del cuidado. Cuidar puede tener un triple sentido:

- asistir al enfermo;
- interesarse por su bienestar y
- tener afinidad en el plano emotivo.

Al respetar la persona del paciente, se lo asiste y a la vez se muestra disposición a beneficiarlo. Ser benevolente normalmente supone respetar la persona y viceversa. En este doble sentido el cuidado, como virtud central y radical que define el papel del profesional de la salud, supone varias características:

²⁹ Cf. Pellegrino, **Helping and Healing**, op. cit., pág. 23.

a) Conocer

Estar presente con alma y vida, atento a todas las necesidades del paciente, para manifestar su respeto a la dignidad de la persona. No apuntar sólo a la intervención (task oriented) sino a la persona.

b) Personalizar

Elaborar un plan de cuidado, interpretando la terapia o acciones clínicas a tono con la individualidad del paciente.

c) Intervenir

Actuar eficiente y eficazmente, con el conocimiento científico y arte propios de la clínica.

d) Evaluar

Comparar los resultados positivos y los riesgos de la terapia, y ayudar a discernir intervenciones futuras.

e) Interactuar

Promover la recuperación, el bienestar, la autosuficiencia y autoestima del paciente, por vía de la cordialidad, la empatía y la servicialidad.

El cuidado se puede manifestar concretamente considerando la totalidad de la persona individual y su entorno; llamando al paciente por su nombre propio (según la costumbre de cada país); permaneciendo sereno ante la impaciencia o desasosiego del paciente; empleando un tono de voz amable pero firme, y sobre todo acompañando al paciente para aliviar su soledad y sentimiento de abandono.

Para lograr estos objetivos se recomienda atender a la historia del paciente tal como éste la relata e interpreta, con sus gestos y selección de términos. La “ética narrativa” hace particular hincapié en esta práctica.³⁰

12. Lo que no queda tan claro es el tercer sentido del cuidado, vale decir, la afinidad o apego afectivo para con el paciente. Esto puede resultar contraproducente tanto para el médico (fatiga ante el sufrimiento que supera su control), como para el paciente (el estado emotivo puede ofuscar la beneficencia o desestimar el respeto a la

³⁰ Cf. Jones, Anne (h.), “The Color of the Wallpaper: Training for Narrative Ethics”, en: **Forum**, vol.9 # 11, págs. 58-

autonomía del paciente). Consideremos los riesgos que puede suponer para el médico el cuidado determinado por un estado emotivo:

- a) Llevar a su hogar los problemas de su paciente hasta un punto que rebasa el umbral de tolerancia ante el dolor y el sufrimiento;
- b) aumento de la vulnerabilidad de la persona del médico ante la posible muerte, rechazo, incompreensión o partida del paciente una vez curado;
- c) generación de culpabilidad ante el hecho ineludible de reconocer las limitaciones de su capacidad y disponibilidad para responder a las exigencias de la persona a quien cuida.

El cuidado, en su dimensión emotiva, puede conducir a la fatiga existencial como resultado del agotamiento, la vulnerabilidad y la autoinculpación. Ante el panorama que se nos presenta en este punto de la afinidad emotiva en el cuidado, es preciso insistir en las dos dimensiones primordiales, el respeto y la benevolencia, como garantías de la objetividad.

Ahora bien, no se trata de una objetividad impersonal sino mediada por la apertura de la persona como sujeto, lo cual incluye la afectividad disciplinada (detached concern). Considero que si bien la afectividad es inherente a la sensibilidad moral, pues facilita la apertura receptiva al valor concreto de la otra persona y dispone a la benevolencia, necesita una disciplina que no es sólo dominio de la razón sino iluminación y fortaleza que ofrece la espiritualidad (más adelante volveremos sobre la espiritualidad como inherente a la persona del médico o “sanador herido – vulnerable”). Por su parte Caputo llama a la afectividad “protoética”, concepto que señala una fuente prerreflexiva que sincroniza y predispone a la persona a recibir y responder a la vivencia de otro sujeto humano.

13. El cuidado, en sus tres vertientes, necesita de una disposición esencial para la relación fiduciaria: la fidelidad. Ahora bien, si el paciente no pudo elegir su médico o no sabe si puede confiar en la capacidad, rectitud o integridad del mismo, ¿cómo habrá de presentarse el médico como digno de confianza para cuidar, sanar o curar? ¿cómo promover la fidelidad para fortalecer la confianza?

La interacción de los dos “mundos de vivencias”, el del médico y el del paciente, supone, como mínimo, la intención común de sanar (finalidad inherente al encuentro). La sanación o cuidado, en el contexto de la curación, es equivalente a la restauración de la totalidad física, mental y espiritual del paciente. Si esto no es posible, al menos se debe tratar de aliviar y disminuir el impacto del dolor, el sufrimiento y la discapacidad.

Por todo ello, el acto clínico debe ser técnicamente correcto, moralmente bueno y humanamente compasivo. La forma en que se manifieste cada aspecto de la interacción dependerá del carácter original de cada persona, y su significado variará de acuerdo a los mundos de vivencias que configuran la personalidad del paciente y del médico. Sin embargo hay elementos comunes basados en la dignidad, integridad e identidad del ser persona en sí. Una antropología filosófica sustentada en el concepto de persona puede servir de fundamento a la intención de sanar, ofrecer un cimiento objetivo a la confianza y conectar, a la luz de un criterio universal y necesario, la ética interna con el acto mismo y con el juicio clínico, al igual que fomentar la fidelidad como virtud esencial del encuentro.

14. Seguidamente, y de forma sucinta, propongo un fundamento filosófico: una antropología personalista. Intento así colocarme más allá de una ética que se centra en procedimientos y análisis conceptuales y pone énfasis en el proceso de tomar decisiones de parte de pacientes supuestamente autónomos, insertos en culturas éticamente heterogéneas. Para la ética de procedimientos - ética pragmática -, lo importante son las condiciones y criterios para llegar a una decisión y no el contenido de la misma (salvo en casos de inmoralidad extrema o cuando se rebasa una moral de mínimos necesarios para un diálogo racional y para la supervivencia misma de la comunidad moral).

Asimismo propongo una teoría de valores en cuanto bienes, al igual que una ética compatible con y dispuesta a la complementación de parte de una espiritualidad de trascendencia religiosa, tal como intentaré exponer en la próxima parte.

15. La categoría fundamental de la antropología filosófica denominada personalista es, lógicamente, el concepto de persona en un sentido ontológico o según el orden del ser. El ser persona es la condición primaria para la experiencia moral. La persona se presenta como:

- a) un modo específico de existencia desde la concepción, momento en el cual el ser persona es substancia real y actual pero de potencialidades que se realizarán con el tiempo (ser dinámico);
- b) depositaria de una dimensión individual y singular en su originalidad (ser con identidad), lo cual se expresa en la “personalidad” y se despliega en una historia personal con una narrativa peculiar de cada uno;
- c) sustentadora de múltiples y complejas vinculaciones hacia el orden material - corpóreo y exterior, al igual que hacia el orden social y cultural (ser con integridad);

- d) diferenciada de todo otro ser por su capacidad para pensar, decidir o manifestarse, por medio de la conciencia y autoconciencia reflexiva, depositaria de una sensibilidad afectiva y con una interioridad abierta al orden sensible (ser con dignidad);
- e) orientada hacia bienes y valores que están más allá de su individualidad, momento histórico y ubicación espacio – temporal. De esa manera busca hacer realidad sus potencialidades y alcanzar el sentido último y abarcador de todas sus experiencias. Sentido que, a su vez, es expresión de su vinculación al entorno material, histórico, comunitario y cultural, y a sus valores e ideales específicos (ser abierto a la trascendencia). Esta última dimensión da pie a la inquietud por lo espiritual en su sentido religioso.

16. Como definición formal de persona proponemos la siguiente: unidad sustancial (no meramente funcional) de un espíritu y un cuerpo, que se manifiesta en la capacidad radical de pensar y decidir libremente en unidad esencial con un cuerpo.

Esta capacidad puede estar subdesarrollada, frustrada, enferma o desatendida; no obstante sigue siendo importante porque señala la realidad misma de la persona en su modo de ser. Y esa realidad requiere respeto en virtud de su misma modalidad de ser. Es decir, la dinámica, identidad, integridad, dignidad y trascendencia que reviste cada persona, la constituyen en una entidad moral abierta a la explicación y justificación de parte de la reflexión ética.

17. Destaco ahora el aspecto dinámico del ser persona. El ser persona se presenta como una realidad dinámica con necesidades básicas inherentes a las dimensiones del propio ser: biológicas, psicológicas, sociales y, finalmente, espirituales, en un sentido amplio que incluye tanto las necesidades intelectuales y morales como también las religiosas.

Es preciso reconocer que, en cada acto, la persona debe tomar en cuenta la totalidad de sus necesidades básicas, sin ignorar ni reprimir ninguna de ellas, pero también reconocer la importancia de cada necesidad según el orden de ser persona.

De acuerdo a una antropología inspirada en la ley natural, la satisfacción de las necesidades espirituales se identifica con la plenitud y el sentido profundo de ser persona. Después se van escalonando las demás necesidades, hasta llegar a la satisfacción de las necesidades físicas. Pero es importante para la integridad del ser persona que cada necesidad quede satisfecha hasta cierto grado.

Orgánicamente hablando, lo espiritual y lo social, por su orientación a trascender lo meramente individual, representan la plenitud de la existencia humana en sí misma,

pero lo psicológico y lo físico, con sus correspondientes necesidades, constituyen la base y garantía para las dimensiones social y espiritual.

La atención de la totalidad de la persona exige tomar en cuenta todas las dimensiones y necesidades reales y naturales, y respetar el orden de prioridades en diálogo abierto entre médico y paciente con sus familiares. El cuidado integral, a su vez, exige respetar la armonía y el orden al atender cada dimensión, para que el resultado sea el bien de la persona como un ser encarnado pero específicamente espiritual.

18. Del fundamento ontológico se desprende, lógicamente, un imperativo moral. Se trata de un primer imperativo moral o principio generalísimo de la definición de persona recién enunciada, y me adelanto a proponer que este es origen de una serie de principios y virtudes conducentes al bien integral de la persona.

El imperativo nos exige fomentar y proteger la existencia y realización de la persona en su dinámica, identidad, integridad, dignidad y trascendencia. A partir de este imperativo creo poder identificar las virtudes básicas que debe cultivar cada persona, en particular el médico, para ser digno de la confianza que la moral del cuidado exige. Considero que este imperativo es raíz de una ética clínica centrada en la promoción de las virtudes inherentes al acto clínico en sí mismo, el cual, lejos de excluir o menospreciar, servirá de sustento a la ética de principios, de bienes y valores.

19. Conviene recordar que las virtudes configuran el primer componente de la acción moral: el agente dotado de integridad interior, lo que tradicionalmente se denomina carácter. Para el análisis ético de la experiencia moral hay que sopesar el carácter virtuoso del agente y examinar críticamente la acción en sí misma, su finalidad y consecuencias.

Las virtudes son disposiciones y rasgos del carácter del agente moral a la hora de ejecutar las acciones inherentes al ser persona. Supone el discernimiento prudente de las formas adecuadas para evitar extremos en la conducta humana, principalmente extremos de celo y de negligencia, ninguno de los cuales es conveniente para la integridad de la persona.

El concepto virtud requiere al menos cuatro presupuestos

- a) se trata de un punto intermedio entre dos extremos, ninguno de los cuales representa un valor moral, sino que más bien puede constituir un vicio o al menos carecer de excelencia;

- b) no son meros rasgos del carácter que se operan automáticamente, sino respuestas deliberadas ante las situaciones concretas;
- c) existe un cierto grado de influencia cultural que puede hacer que la manifestación de la virtud varíe según el contexto;
- d) se puede distinguir la “virtud” de las virtudes, en cuanto que la primera se refiere a la integridad o coherencia de la personalidad ante la vida, mientras que las segundas son reacciones a situaciones específicas.

Ilustraré las virtudes que consideramos básicas no sólo para toda persona en general, sino para la persona profesional en su papel particular. Luego expondré algunas de estas virtudes en su contexto clínico, prestando especial atención a otras adicionales que, según Pellegrino, revisten importancia en la formación del médico y en la educación del paciente contemporáneo.

Virtudes básicas del profesional

- a) La humildad o sencillez significa tomar conciencia de las capacidades y limitaciones propias; ser sensible ante las variaciones de las perspectivas posibles de una situación; tener cierta libertad interior frente a pretensiones y arrogancias y, finalmente, respetar las diferencias específicas en las relaciones interpersonales.
- b) El respeto nos lleva a demostrar estima, consideración y cuidado para con la persona de los demás.
- c) La integridad incluye lealtad a los principios y valores morales de la propia conciencia; responsabilidad para consigo mismo; consecuencia en la aplicación de los principios y disciplina a la hora de exigirse a sí mismo, más allá de lo que se espera de los demás. Integridad supone practicar nosotros primero lo que pregonamos, para lo cual se necesita cultivar deliberadamente la armonía entre lo que se piensa, decide y siente. La integridad es, en otras palabras, rectitud y esmero en mantener la unidad interior que ha de reflejarse en la conducta exterior.
- d) La veracidad apunta a la búsqueda, a la lealtad a la verdad, al compromiso con la exactitud y el rigor, y finalmente a la comunicación precisa de la verdad a quien tiene derecho a la misma.
- e) El autocontrol representa el orden interior o equilibrio entre razón que ilustra, voluntad que afirma y sentimientos que motivan pero que están también dispuestos a seguir el criterio de la razón y de la voluntad, según lo exige la

integridad del ser persona. Ello requiere, a menudo, renunciar incluso a lo bueno para así lograr lo mejor.

- f) La confiabilidad es la virtud que ayuda a hacerse digno de confianza; es la que facilita que otros puedan dirigirse a uno para hacer sus confidencias, cumplir promesas y responsabilidades. Confiabilidad, en general, supone ser capaz de ejercer sus funciones sin necesidad de supervisión o control de parte de otros.
- g) La fidelidad motiva al profesional a ser consecuente con los compromisos asumidos, a ser capaz de aceptar sacrificios y riesgos para lograr una meta noble y justa en la entrega a los ideales y a personas dignas de ellos.
- h) La empatía es, como ya lo explicáramos, la habilidad para captar la experiencia interior del otro e imaginar la situación ajena, para así entender mejor al otro. Empatía es la cualidad de cuidar, interesarse y ocuparse de otro con atención personal (a esta virtud en particular, por su papel central y fundamental, le dedicaremos una sección especial al final de este capítulo).
- i) La benevolencia genera gentileza y amabilidad de la voluntad y del corazón para desear y hacer el bien a otros. Se trata de la disposición a la caridad y a la bondad como actitudes primarias.
- j) La valentía es la disposición a aceptar las dificultades y asumir el sacrificio y esfuerzo personales superando el miedo.
- k) La perseverancia es la constancia, hasta el fin, para lograr una meta, y el ánimo para mantenerse firme en el sostenimiento de la verdad y del bien, incluso ante dificultades y frustraciones como, por ejemplo, la incomprensión y los desafíos. Perseverar supone mantenerse en la búsqueda de soluciones aun en la incertidumbre y la pérdida de energía vital durante un período de tiempo considerable.

20. Según propuse, conviene mostrar el modo en que estas virtudes, algunas designadas tradicionalmente como intelectuales y otras como morales, operan, junto a otras, en el marco del encuentro clínico. El médico, que promete sanar y cuidar, debe hacerse digno de la confianza que el paciente deposita en su competencia y carácter. Es decir, la servicialidad y benevolencia de parte del profesional debe apoyarse en la prudencia, honestidad intelectual y moral, veracidad, valentía, altruismo compasivo y virtuosidad de su carácter, en sentido amplio y en cuanto persona que ejerce la profesión como una vocación y no como un mero oficio o carrera. Detallemos el modo de operar de algunas de estas virtudes “clínicas”.

21. Por ejemplo, por medio de la virtud intelectual de la prudencia, el profesional profesa algo en beneficio de alguien, a saber, un compendio de conocimientos complejos propios de un experto. En vista de que sanar no es sólo ciencia sino también un arte, la aplicación del conocimiento científico no sólo exige perseverancia, como más adelante indicaré, sino también prudencia.

La prudencia supone atención y discernimiento no sólo ante la enfermedad sino ante la dolencia que sufre la persona. Es decir, es preciso que el sanador esté atento a la totalidad de la persona y pueda discernir lo mejor para el paciente con el cual formaliza su relación fiduciaria de alianza.

La virtud de la prudencia y el arte prudente que resulta del cultivo de la virtud incluye

- a) memoria: apertura al pasado tal como se presenta;
- b) dociliter: apertura ante el presente, capacidad para la quietud, el silencio y la escucha, y
- c) solertia: disposición a lo imprevisto, a lo novedoso que trae el futuro, sin predeterminarlo de acuerdo a la rutina.

La apertura disciplinada al pasado – presente - futuro resume lo que el paciente doliente necesita del profesional. Esta sabiduría anticipa lo que Freud diría sobre la relación terapéutica. A su vez la prudencia, en cuanto discernimiento, supone discreción (discretio), es decir, una sensibilidad más profunda para captar al otro en su condición real y una conducta del sanador que esté en consonancia con esa realidad.

22. Por medio de la virtud moral de la fidelidad, el profesional promete usar su conocimiento especializado o aquel aspecto del mismo que beneficie directamente a su paciente. Y lo hace dando prioridad al beneficio del paciente por encima de sus propios intereses personales. No se trata sólo de mostrar sus conocimientos y destrezas, sino de usarlos como respuesta a la necesidad específica de un ser humano que en primera instancia quizás sea un extraño. Mas allá de los aspectos económicos o la transacción de mercado, la fidelidad exige del médico el compromiso, sostenido y sostenedor, de orientar su acción hacia el beneficio del doliente.

La asimetría en la RMP, particularmente entre del médico que cuenta con el conocimiento y destrezas útiles para el paciente, y el paciente relativamente ignorante e incapacitado, exige el contexto intersubjetivo denominado “fiduciario” y sustentado precisamente en la virtud de la fidelidad. La confianza en la relación fiduciaria se apoya en la lealtad del médico de no usar su conocimiento y poder para hacer daño sino para el bien específico de su paciente.

La fidelidad exige que el médico evite conflictos de intereses, vale decir, que no coloque sus intereses personales - aunque fuesen dignos - en primer plano, con posible menoscabo de sus obligaciones profesionales para con el paciente. La fidelidad exige asimismo discernimiento desinteresado, juicio y acción al servicio del bienestar integral del paciente.

En cuanto a discernimiento desinteresado se refiere, el médico puede sufrir dos tentaciones: ofrecer un tratamiento excesivo o fuera de proporción (fútil) al beneficio esperado, o bien no ofrecer lo necesario para el bienestar del paciente. El servicio por pago directo puede exponer al médico a caer en la primera tentación, mientras que el cuidado dirigido puede exponerlo a caer en la segunda.

El juicio clínico debe ser una respuesta a las necesidades más profundas del paciente y no sólo a las que el médico percibe en primera instancia. Vale decir que probablemente sea necesario modificar la percepción original que el paciente tenga de su problema. En efecto, quizás este sólo quiera el alivio de sus síntomas y no el análisis de la raíz de su dolencia. Esta reflexión resulta de especial utilidad en el caso de la medicina de rehabilitación y del cuidado prolongado de pacientes crónicos y terminales.

En efecto, la labor de modificar el punto de vista del paciente constituye una labor pedagógica de parte del médico, quien respeta la inteligencia y voluntad del paciente (en consonancia con el modelo de deliberación) y no es meramente prescriptivo (según lo propone el paternalismo tradicional). Esta meta educativa sugiere de nuevo la virtud de la prudencia, la cual hace al médico sensible no sólo a la finalidad de las metas sino también a los medios correspondientes. Educar supone verdad y amor; es decir, la prudencia (en cuanto captar la verdad y servir a esa verdad en el paciente) y la fidelidad (en cuanto amor consecuente) se entrelazan.

23. Al referirnos a la acción es preciso mencionar otras virtudes tales como la valentía y la ecuanimidad.

La valentía es la disposición a mantener bajo control de la razón los temores y las aversiones, con el fin de servir mejor al bien que se intenta promover; es la firmeza del alma ante la adversidad; es la virtud que anima al desprendimiento de sí mismo.³¹

A su vez la virtud de la ecuanimidad se relaciona más con evitar la tentación de culpar al paciente por su condición que con mantener distancia frente al mismo. Supone estar convencido de la propia vulnerabilidad y capacidad de cometer errores. El médico o profesional de la salud que desprecie la ecuanimidad podría hacer

³¹ Cf. Sulmasy, J., **The Healers Calling**, pág. 113.

mucho daño o, peor aún, encubrir sus inevitables errores, engañando o siendo áspero con sus pacientes.

La ecuanimidad es parte de los sanadores heridos. La ecuanimidad modera o advierte sobre no ejercer un excesivo control sobre sucesos y personas en su entorno. El médico ecuánime ve en su paciente menos un problema para analizar y resolver y más un misterio para comprender e incluso reverenciar, según lo ha sostenido G. Marcel. Y lo hace con actitud de contemplación y asombro, reconociendo que su asistencia supone una entrega personal.

La ecuanimidad resulta esencial para el cuidado del paciente moribundo en particular. En efecto, contribuye a que en este cuidado no se dé cauce a una emotividad indisciplinada. Y lo consigue mediante la aceptación de la vulnerabilidad humana y las limitaciones de todo conocer y hacer.

Podemos vincular la ecuanimidad a la virtud de la esperanza en su sentido profano. La esperanza es necesaria para reconocer las limitaciones de la medicina sin por ello abandonar al paciente. Es decir, la medicina debe intentar aliviar el sufrimiento en la medida en que el mismo provenga de la enfermedad, pero sin pretender atender la angustia y desesperación asociadas a la condición humana.

24. Ante los aspectos organizativos de la práctica médica contemporánea, la virtud de la servicialidad pública resulta muy instructiva. Se trata de fomentar el aumento de las competencias intelectual y técnica para servir mejor a la finalidad de la medicina, y no de desarrollarlas motivado sólo por razones de carrera personal. Servicialidad pública es el arte de trabajar en armonía con otros en pro del bien común en la producción, distribución y control de calidad del cuidado en salud. Supone promover un aprecio cordial y una interacción colegiada. Dicha interacción se caracteriza por la complementariedad y cooperación tanto entre profesionales pertenecientes a una misma clase profesional como entre diversas profesiones.

Es preciso prestar atención a la formación que en ética profesional se brinde a los miembros del equipo; es necesario prestar atención al desarrollo de una atmósfera ética en la infraestructura de la organización. Reconocemos que la orientación institucional hacia principios de la Ética Organizacional (Organizational Ethics) promueve una actitud positiva ante el servicio público. La servicialidad pública se conjuga con la virtud de la justicia.

25. El profesional va más allá de la justicia conmutativa (contractual) y apunta a una justicia distributiva que lo motiva a ofrecer su cuidado a todos los que lo necesiten, sin reparar en si están en condiciones de pagarlos o no. Se trata de una responsabilidad pública. La sociedad debe atender a los necesitados, pero esa atención es también responsabilidad profesional y deber de cada médico.

26. Una virtud poco fomentada en una cultura liberal e individualista como la nuestra es la gratitud. ¿Qué significa para el médico profesar y practicar la virtud de la gratitud? Por una parte, el médico debe agradecer el patrimonio que hereda de la medicina anterior y sobre el cual funda su diagnóstico - pronóstico - tratamiento. Pero existe un segundo motivo de gratitud: la reciprocidad del dar y el recibir es inherente a la RMP. Hasta ahora hemos destacado el elemento de promesa en la RMP (en particular según el modelo denominado fiduciario y de Alianza), vale decir, el acto de dar o regalar. Hemos interpretado al médico como benefactor, pero es también apropiado verlo como beneficiado. Sin la necesidad y dependencia del paciente frente a su médico, este no tendría la oportunidad ni la justificación para profesar. La promesa caracteriza a la RMP colocándola en un marco de reciprocidad, gratitud y esperanza compartida. La fidelidad a la promesa contribuye a la esperanza.

27. La perspectiva del ágape o virtud cristiana de la caridad anima al médico y lo dispone a tomar decisiones que promuevan el bienestar de los pacientes. En este sentido la caridad se asocia a la “frónesis” o sabiduría práctica orientada y motivada por la virtud de la caridad.

Según Pellegrino³² la caridad cristiana resultaría incompatible con una RMP interpretada como transacción comercial en la cual la salud es vista como un mero bien de consumo. Una visión comercial de la medicina considera que el médico es un dispensador; el paciente, un consumidor; y el vínculo entre ambos, una relación contractual ajena a la caridad entendida como virtud ubicada más allá de derechos y deberes. Establece así una práctica médica a manera de simple ejercicio técnico de biología aplicada y un servicio entendido como contrato legal.

La caridad cristiana tampoco podría apoyar una relación meramente paternalista o inspirada en la búsqueda de prestigio y supervivencia de parte del médico. Sería igualmente incompatible con una RMP en la cual se ve al médico como burócrata del Estado, empleado del proletariado o de una corporación, o bien agente de un Estado totalitario.

La caridad sustenta el modelo de RMP inspirado en la fidelidad o alianza. Este parte de la promesa de servir; supone servir de acuerdo a una concepción del bien en la cual se integra el bien clínico, el bien según las preferencias del paciente, el bien de la persona en sí misma y el bien trascendental. La virtud de la caridad contribuye a que la profesión médica sea considerada como una vocación o respuesta a un llamado divino.

³² Cf. Pellegrino, **Christian Virtues...** pág. 80.

28. En la RMP fiduciaria de alianza, el paciente asume también una cierta obligación de cultivar determinadas virtudes: honestidad, seguimiento de las recomendaciones clínicas, respeto a la integridad del médico, valentía o fortaleza, prudencia y esperanza. Las virtudes del paciente, por consiguiente, son aquellas cualidades de excelencia por medio de las cuales el paciente responde al dolor, sufrimiento, incomodidad, pérdida de autonomía y privacidad, vulnerabilidad y deterioro de su identidad, de manera tal que pueda conservar su integridad y aplomo personales.

Vale decir entonces que ser paciente supone asumir un papel. Ser un paciente virtuoso implica responder a las condiciones de la enfermedad, en particular al dolor y al sufrimiento; hacer frente a la interrupción de la historia propia, la erosión de la imagen de sí mismo, la extrema vulnerabilidad, la ruptura de la integridad de cuerpo y espíritu, la pérdida de la capacidad de predecir y controlar la vida y su interacción social y ambiental y, posiblemente, la confrontación con la propia inmortalidad.

En esta presentación destacamos particularmente las virtudes de la honestidad o veracidad, la fortaleza, la prudencia y la esperanza, pero mencionando otras virtudes asociadas a estas que considero las principales.

29. El paciente ha de ser veraz al revelar su intimidad como condición para la intervención médica. Está obligado a manifestar todo lo necesario para definir su condición, realizar un diagnóstico personalizado y ofrecer un pronóstico a tono con su estilo de vida y expectativas en cuanto calidad, dignidad y hasta santidad de vida.

Su relato debe ser veraz: no ocultará lo pertinente a su condición ni distorsionará los hechos con fines ajenos a su beneficio terapéutico, como podría ser la obtención de una excusa falsa para no trabajar o una ventaja económica y social a la cual no tiene derecho. En diálogo con su médico, fomentado por el proceso de deliberación conjunta, el paciente puede distinguir entre la verdad y la falsedad de su condición, como también superar en cierta medida decepciones y autoengaños, a veces involuntarios, dada su condición vulnerable.

30. En términos de vivencias prácticas, el paciente tiene deberes que cumplir, por ejemplo, practicar las virtudes, particularmente la honestidad. Según la tradición filosófica, los deberes del paciente podrían clasificarse como deberes para consigo mismo y deberes para con los demás. Esta división no resulta tan real en vista de que los deberes del paciente surgen en el contexto de la RMP concebida como una interacción personal caracterizada por la reciprocidad.

Reconociendo la necesidad de discernir varias modalidades para su cumplimiento, identificamos “prima facie” los siguientes deberes:

- a) deber de comunicar sus preocupaciones con honestidad (por qué solicita asistencia médica). Y hacerlo también con la suficiente apertura como para narrar la historia de su enfermedad y del cumplimiento de las directrices médicas anteriores, sin ocultar lo que pueda ser pertinente a la condición sobre la cual se hace la consulta;
- b) deber de adquirir y evaluar la información necesaria para comprender mejor su situación y tomar decisiones responsables sobre el cuidado propio;
- c) deber de cooperar con los profesionales para lograr los objetivos terapéuticos acordados o negociar nuevos acuerdos;
- d) deber de abstenerse de pensar que el profesional en salud es infalible, pero no por ello tolerar negligencia o deficiencia en la competencia que él o ella profesen en su desempeño profesional;
- e) en cierto sentido el paciente tiene el deber de evitar la pasividad en cuanto actitud opuesta a la de quien es un agente que asume responsabilidad por sus acciones; no verse como un ser pasivo sobre quien otro actúa, tal como lo propone el modelo paternalista.

En la medida en que el paciente conserve su capacidad para decidir sobre su condición, en esa misma medida se podrá contemplar a las virtudes como deberes. Ahora bien, con el deterioro de la condición del paciente, las virtudes que seguidamente reseño, si bien deseables en el paciente, difícilmente se puedan exigir a modo de deberes en la RMP:

31. La fortaleza lo capacita para enfrentarse al desafío del miedo sin sucumbir a este cuando es preciso aceptar una intervención clínica que le promete un bienestar importante para la salud y la vida. La fortaleza incluye la paciencia o la perseverancia en la serenidad para soportar la dolencia y las terapias sin ser víctima del miedo, la depresión o la apatía.

En algunos casos la fortaleza se expresa como aceptación paciente, pero se admite también la posibilidad de una fortaleza asociada a la indignación y resistencia ante intervenciones juzgadas como indignas por parte del paciente. Debe ser valiente, para enfrentar las dificultades de su dolencia, y tener una gran esperanza ante las alteraciones de su mundo vital.

32. A la fortaleza se une la prudencia, sin la cual el paciente no podría examinar o discernir la opción de su preferencia y rechazar las no aceptables. El ejercicio de la prudencia presupone un paciente interactivo en la RMP, responsable para actuar en beneficio propio de acuerdo a la información ofrecida por el médico. Es necesario

que el paciente aprenda no sólo a escuchar a los profesionales de la salud con apertura, disponibilidad y confianza, sino también a escuchar a su propio cuerpo con ese “silencio contemplativo” que facilita la captación de la verdad sobre la vivencia de “ser” y no meramente “estar” enfermo. La enfermedad exige asimismo la búsqueda de significado o de una historia que le sirva de marco de referencia y recurso para proyectarse hacia el futuro. Con este punto hemos identificado otra virtud esencial para el paciente, es decir, la esperanza.

33. Para aprender de la enfermedad se precisa un estado emocional estable y un contacto con una fuerza espiritual confiable. La salud física y la psíquica necesitan tener esperanza en aquello a lo cual se confían; no ya en los propios recursos de control, sino en un orden que trasciende la individualidad y se presenta como principio de unidad y continuidad para la vida personal. Surge la esperanza de recuperarse, o de no sucumbir a la desesperación, de poder enfrentarse al dolor y al sufrimiento e inclusive a la misma muerte sin perder la integridad e identidad de la persona.³³

34. La teoría ética de las virtudes, en su calidad de integrante de la ética dínica, resulta instructiva para la prevención de conflictos en la RMP, a la vez que estimula el interés en la formación del carácter. De hecho, la referencia a las virtudes destaca la importancia del agente moral. Si bien desde el punto de vista de los principios uno pregunta “¿qué debo hacer?”, desde el punto de vista de las virtudes se pregunta “¿quién debo ser?”. No debe pasarse por alto que esto ha sido desatendido no pocas veces, al poner demasiado énfasis en una ética de reglas y de normas, a veces interpretadas como límites externos a la acción humana.

May subraya que en la RMP fiduciaria de alianza no sólo se acepta los principios sino que se profesa fidelidad, con lo cual el énfasis recae tanto en los principios como en las virtudes. De este modo los principios se conservan aun en situaciones distintas y en la variación histórica de su aplicación, pues ellos descansan en la identidad personal que configura la práctica clínica.

35. Hemos recalcado que la ética es más que la aplicación a situaciones específicas de principios de primer orden (“prima facie”) tal como los ya clásicos de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia). Asimismo hemos mostrado cómo las virtudes arraigan los principios en el agente moral. Por eso es necesario pasar ahora a la presentación de los principios como modalidad de vida y realidad inherente a la persona.

³³ Cf. Lebacqz, Karen, “The Virtuous Patient”, en: **Virtue and Medicine**, Earl E. Shep (editor), London, D.Reidel Publishing Co.,1985, págs. 275 - 288.

Considero esta perspectiva como adecuada para la práctica clínica. La ética clínica no ha de consistir tan sólo en la resolución de dilemas, sino que debe constituir un ingrediente esencial en el ordenamiento del proceso del cuidado o del sanar, tomando decisiones que promuevan el carácter personal tanto del paciente como del médico.

Más adelante hemos de preguntar si la ética como estilo de vida puede funcionar en plenitud sin la presencia de una fuerte convicción religiosa. Por ejemplo, creo que podré demostrar que una ética cristocéntrica no desestima sino presupone la ética filosófica que respeta la dignidad de la persona y eleva sus principios de justicia y beneficencia al rango del amor, lo cual constituye la aspiración más poderosa en el ser humano.

Tendremos entonces la oportunidad de sugerir el cultivo de la espiritualidad religiosa para facilitar la meditación sobre el verdadero sentido de valores como la vida y la salud, y también para fortalecer virtudes tan esenciales a la interacción clínica. Es necesario plantearse la cuestión del origen y la finalidad de la vida, con el objeto de cuidar al paciente dolorido con compasión pero a la vez sin perder esperanza.

Nota de pie de página

Moral y Ética

A. La moral (del lat. mos - mores: costumbres, conducta de vida, reglas de comportamiento): Incumbe de manera directa a los actos humanos, al “existir” o a “lo que se hace”. Supone búsqueda de lo que está bien o esfuerzo de reflexión, exploración, análisis, comparación y evaluación. Es una búsqueda normativa, ya que se centra en el deber o lo obligatorio. Exige una decisión y acción, de modo que la moral es práctica. La búsqueda no se limita a ciertas reglas concretas de acción, sino que la reflexión incluye iluminar las bases de la acción y de la opción: la raíz de la obligación moral (ética). Dicho de modo formal, la moral es el conjunto de normas articuladas como directrices, reglas o creencias que inspiran, regulan, orientan y ayudan a evaluar la conducta humana, en cuanto consciente y libre, de acuerdo a lo que es bueno o malo, correcto o incorrecto (Cf. mi “Manual de Ética”).

B. La ética (del griego “ethos”: costumbre, hábito, uso), como rama de la filosofía, se aboca a la explicación y justificación reflexiva de las exigencias de lo que significa ser persona en sus dimensiones esenciales: individualidad, integridad y dignidad. Toda decisión ética debe incluir reflexión y respeto en relación con las necesidades básicas del ser persona.

1. Supone una antropología filosófica y una metafísica del bien para determinar qué valores o bienes son auténticamente humanos o representan el bien auténtico para el ser persona.
2. Media en los conflictos de principios y bienes (Ver suplemento “Apuntes prácticos de ética. Hacia una ética preventiva, integradora, creativa y personalizada sin subjetivismo”).
3. Sirve de criterio para discernir entre el bien aparente y el real.
4. Fundamenta en el ser persona los conceptos de derecho, deberes y hacer humano. Se refiere a “lo que hay que hacer” en contraste con “lo que igualque las formulaciones legales”.

Distingamos moral/ética de ley:

A. Moral

Interioridad y convicción.
Visión de universalidad.
Bienes a largo plazo.
Inspira el ideal.
Proyectiva.

B. Ley

Sumisión exterior.
Comunidad particular y localizada.
Actualidad de la organización de las libertades.
Impone el mínimo.
A veces más reactiva.

36. A continuación presentamos los principios sobre los cuales existe un acuerdo global en cuanto a su necesidad objetiva y confiabilidad. Así lo atestigua la práctica médica en su intento de promover una acción en consonancia con el ser persona en sus múltiples dimensiones y necesidades, con particular énfasis en la vida y la salud vistos como bienes.

En gran medida estos principios reflejan la influencia del Iluminismo en la filosofía, la cual diseñó entonces un modelo ético que expresara los ideales de la práctica médica. Vale decir que los principios que hemos de exponer representan la articulación normativa de los valores fundamentales de la medicina como práctica

intrínsecamente moral. La presentación de estos principios en el Belmont Report y su brillante exposición de parte de Childress y Beauchamp son bien conocidas.³⁴

Estos autores proponen un esquema para formular juicios morales y tomar decisiones a la luz de los desarrollos científicos, técnicos y sociales de la cultura contemporánea. No se interesan en plantear criterios o estándares definitivos sobre la naturaleza del bien, sino más bien ofrecer directrices orientadoras de la acción o instrumentos prácticos para resolver conflictos morales. Así pues la referencia a contenidos o definiciones del bien o del mal se reducen a precisar lo que es correcto o no en virtud del consenso público o moral común. Como veremos, la presentación de la metodología para tomar decisiones morales es necesaria para la exposición clara y precisa de la decisión, pero no suficiente para justificar la calidad moral intrínseca de la acción.

37. El principio de autonomía

Este principio nos exige actuar de tal manera que se promueva la capacidad para decidir libre y responsablemente ante la verdad y el bien objetivos (consentimiento ilustrado). Este principio exhorta a cada uno a procurar conocer la verdad y hacer el bien de acuerdo a una conciencia debidamente formada.

Autonomía es la capacidad de autogobierno, una capacidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades, evaluadas en función de sus propios sistema de valores. Es decir, permite a la persona pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideren bueno.

La autonomía como principio se ubica en una posición central en la relación contractual entre el médico y el paciente. La autonomía destaca los derechos del paciente sobre sus deberes; incluso reconoce prioridad a la decisión del paciente por encima del criterio clínico del médico. También es el principio que se usa para argumentar a favor de una ética centrada en los procedimientos más que en el reconocimiento de bienes sustanciales.

En torno de la autonomía individual, Eric Cassell, en su revisión de los principios del Belmont Report³⁵ señala que la idea de respetar a la persona, según queda expuesta en el Belmont Report, o el concepto de persona en cuanto tal, no estaba presente en la medicina de 1954. Por entonces la benevolencia y el evitar hacer daño eran las expresiones del respeto a la humanidad de los pacientes. En cambio el concepto

³⁴ Cf. Beauchamp, T.L. y Childress, J.F., **Principles of Biomedical Ethics**, New York, Oxford University Press, 1994.

³⁵ Cf. Cassell, Eric, "The Principles of the Belmont Report Revisited", en: **Hastings Center Report**, op. cit., julio - agosto de 2000, págs.12 - 21.

persona no parecía estar referido a seres humanos, sino a entidades sociales, morales, legales y políticas depositarias de derechos y ante quienes se tiene obligaciones.

A partir de la década de los cincuenta, la medicina fue evolucionando de un respeto a las personas expresado en términos de benevolencia y evitar daño, hacia un respeto a los derechos de la persona en el sentido de fomentar su autonomía en cuanto capacidad para decidir o libertad de escoger entre alternativas, pero sin prestar suficiente atención a otros aspectos de la autonomía, tales como la responsabilidad hacia la comunidad de personas y el respeto a la integridad profesional del médico o su autonomía en cuanto médico.

Es decir que hoy el paciente no es autónomo sólo en el sentido de contar con dichas capacidades (si quedan comprobadas por el equipo profesional que le presta el cuidado) para decidir entre opciones debidamente presentadas con honestidad, exactitud, confiabilidad y suficiencia, sino que se adelanta a exigir a modo de derecho positivo lo que juzga mejor para así.

El hecho de que el paciente proponga directamente su elección, sin reparar en su historia ni detectar las fluctuaciones de su capacidad de decisión, no sería a mi juicio suficiente justificación para respetar su autonomía. Aunque la autonomía o libertad para decidir es una condición necesaria para la acción moral, la consideración de los bienes prestan calidad moral a la acción e integran la autonomía a la responsabilidad de elegir lo que es bueno de acuerdo a una percepción de la verdad sobre el ser persona que precisamente respete la identidad, integridad, dinámica, dignidad y trascendencia de la persona.

38. Examinemos ahora algunas implicaciones o aplicaciones del principio de autonomía de particular pertinencia al campo clínico. En primer lugar, la autonomía sirve de base a normas para la formación de una conciencia auténtica, a saber:

- a) Recaudar los datos pertinentes.
- b) Articular las dimensiones morales en la situación.
- c) Consultar las exigencias inherentes al ser persona para identificar mejor los derechos y deberes en la situación.
- d) Discernimiento moral (etapas): excluir los recursos o medios que contradigan intrínsecamente la dignidad y demás rasgos distintivos del ser persona; considerar los motivos subjetivos y subordinarlos al bien común; evaluar las circunstancias específicas de la situación que puedan modificar el estilo de la aplicación de los principios éticos; reformular estos en términos de una teoría antropológica tal como la ley natural objetiva.

e) Juicio prudente - aceptación de la responsabilidad de la decisión.

39. En segundo lugar, la autonomía da fundamento, al menos parcialmente, a la formulación de normas en torno del “doble efecto” de una acción:

- a) Establecer la intención directa en consonancia con la dignidad y otras dimensiones del ser persona.
- b) Identificar la intención indirecta o de permisibilidad del resultado negativo que se busca evitar en lo posible.
- c) Examinar cómo el objeto de intención directa ha de ser de calidad mayor o de valor objetivo más elevado o al menos igual al objeto indirecto permitido.
- d) Asegurar que el objeto directo de la intención se alcance como resultado directo de la acción o al menos simultáneamente al objeto permitido.

40. En tercer lugar, el principio de autonomía contribuye a establecer las normas para el consentimiento ilustrado en cuanto proceso educativo, pues explica y justifica la importancia de que:

- a) la información sobre objetivos, procedimientos, opciones y cálculo de beneficios y riesgos de la acción u omisión propuesta sea clara, precisa, pertinente y al alcance de la comprensión de los interlocutores.
- b) La decisión esté libre de presiones o influencias indebidas, al igual que de ansiedades y temores que paralicen la voluntad y obscurezcan el entendimiento.

41. En cuarto lugar, el principio de autonomía ayuda a explicar las normas de la legítima cooperación.

- a) Distingue la cooperación formal de la material. La primera se refiere a la intención directa de participar de un acto (cuando el objeto del acto es en sí bueno, la cooperación es legítima, pero no así cuando el objeto es en sí malévolo, y por lo tanto la cooperación no sería libre ni propia de una conciencia formada). La segunda forma de cooperación se refiere a la intención indirecta o permisible (cuando el objeto de la acción es en sí malévolo ha de tomarse en cuenta si se busca evitar un mal peor).

b) Asimismo es importante examinar los siguientes factores: si la cooperación es o no inmediata; cuál es el grado de cooperación y la existencia de posibilidad de incurrir en escándalo.

42. En quinto lugar, la autonomía nos lleva a establecer normas para promover la comunicación profesional, las cuales han de promover el:

- a) establecer y mantener la confianza a nivel racional y emocional.
- b) Compartir la información pertinente a la situación que se halla bajo la responsabilidad del profesional con quienes comparten dicha responsabilidad.
- c) Observar las normas de veracidad – verdad considerándolas como un bien.
- d) Observar las normas de confidencialidad como custodios de la interioridad y privacidad del paciente. Esa confidencialidad es condición para que el paciente actúe con autonomía personal. La confidencialidad es parte del secreto profesional. El médico ha de mantener dicho secreto, siempre y cuando no lo disponga de otro modo el bien común o un bien mayor para el paciente o, en casos especiales, el beneficio de una tercera persona que pueda ser víctima inocente del intento de guardar confidencialidad.

43. El principio de beneficencia

Este principio, de larga tradición en la ética médica, nos inspira a actuar de modo que se promueva el bien en su sentido amplio, vale decir, respetando el bien tanto en la dimensión objetiva (el orden del ser y la naturaleza propia de la persona) como en la dimensión subjetiva (preferencias o criterios de la conciencia de cada persona individual y de la comunidad).

La beneficencia incluye el criterio de bien tal como este es articulado por una práctica profesional signada por la integridad, y tal como es aplicado por la ética clínica:

- a) el bien que la ciencia, arte y técnica médicas hacen posible en cuanto significa curar, controlar, aliviar la enfermedad y sus síntomas, o bien prevenir la enfermedad;
- b) el bien expresado por el paciente en consonancia con su percepción personal e intereses propios y en relación con los beneficios y riesgos que está dispuesto a aceptar. Esta noción de bien goza de cierta prioridad al conjugarse con el principio de autonomía del paciente y con el énfasis en sus derechos, llegando incluso a ponerse por encima de las obligaciones comunitarias y sociales;

- c) el bien que trasciende toda otra consideración, o que se percibe como la más alta prioridad para todo ser humano razonable;
- d) el bien último, en un sentido usual pero no exclusivamente religioso, que podría servir de norte a cualquier otro bien.

Vale decir entonces que el principio de beneficencia nos exige tratar de orientar la acción hacia un máximo de satisfacción de las necesidades naturales y culturales por medio de bienes y valores fundamentales.

44. De nuevo consultamos la interesante revisión que E. Cassell³⁶ hace de los principios. En relación con la beneficencia señala que al comienzo la beneficencia, al igual que la no maleficencia, se entendían como resultantes de las características personales del médico y de su eficiencia médica. Tanto para algunos médicos como para determinados pacientes, esta beneficencia es hoy motivo de nostalgia. Recientemente, al reconocerse los aspectos psicológicos de las enfermedades y admitir que la beneficencia abarca el bienestar psicosocial del paciente, se integra psicoterapeutas al equipo de atención clínica.

La alta tecnología y la farmacología características de la medicina científica orientada según el modelo biomédico de enfermedad, contribuyó a equiparar el bien con la eficacia científico - técnica o con el bien clínico en un sentido restringido. El punto de referencia del bien que se procuraba lograr era la sintomatología de la enfermedad o la enfermedad en su aspecto físico, y no la persona enferma en su integridad. Así pues, a los ojos del público, el bien que el profesional profesaba promover no era ya la benevolencia en cuanto motivación personal del médico, sino la competencia de sus conocimientos, destrezas y acciones correctas.

Ahora bien, como ya hemos indicado, hacia la década de los sesenta los pacientes toman conciencia de su condición de personas con derechos; se informan (lo que no siempre significa que se formen) sobre temas de diagnóstico y tratamientos de salud y así se comienza a enfocar el bien según las preferencias del paciente.

En este sentido Cassell afirma: “Los pacientes, puestos ahora en el centro de la medicina, definen la benevolencia, mientras que los médicos se retraen o se sienten forzados por la organización de cuidado dirigido a desistir de asumir la responsabilidad por la totalidad del paciente”.

Quizás podría decirse, en general, que cuando se trata de extirpar un tejido enfermo o restaurar la función normal y estructural de un órgano afectado, predomina el criterio médico profesional de la beneficencia. Pero a la hora de restaurar o

³⁶ Cf. Casell, E, op. cit., pág. 115.

rehabilitar en parte el funcionamiento de un órgano, aliviar síntomas o reinsertar al paciente en su función social, el paciente puede emitir entonces un juicio sobre el bien para su persona.

En todo caso, la eficiencia técnica y la exactitud científica a la cual aspira el médico científico son predominantes en una medicina orientada hacia un bien en cuanto beneficio para una parte afectada del cuerpo, mientras que el paciente clama por el bien de la persona, de la cual el cuerpo es una parte. Los códigos y reglas legales que defienden al paciente en su reclamo parecen poner su acento en la prevención del daño, pero no suficientemente en la promoción del bien de la persona en su totalidad e integridad existencial y ontológica.

46. Examinemos ahora algunas aplicaciones o implicaciones del principio de beneficencia:

- a) La beneficencia nos invita a formular normas encaminadas a preservar los derechos humanos ante la amenaza de instituciones burocráticas y sistemas totalitarios;
- b) complementa el principio de autonomía estableciendo normas que justifican las excepciones a la práctica de la confidencialidad ya reseñadas;
- c) regula la aplicación de las normas de veracidad en cuanto a cuándo practicar la reserva mental y la discreción;
- d) apoya la fidelidad a las promesas y obligaciones contractuales libremente pactadas
- e) ofrece la base para argumentar en pro de normas para conservar la totalidad o integridad de la persona, a saber:
 - La labor de sanar, cuidar, y en lo posible curar, está inspirada en el principio de que las funciones inferiores o subalternas sólo se pueden sacrificar para mejorar o facilitar el funcionamiento de la totalidad.
 - Las funciones esenciales o distintivas de la dignidad de la persona sólo pueden sacrificarse para preservar la vida humana en un nivel determinado. Esto supone aceptar la importancia de distinguir y ordenar las concepciones de la calidad de vida como categoría psicosocial, de la dignidad de la vida como interpretación filosófica y de la santidad de la vida como convicción básicamente espiritual religiosa.

f) La beneficencia inspira normas para la interpretación del sentido positivo del sufrimiento, lo cual supone considerar que:

- la felicidad no es sólo ni primordialmente placer, comodidad o ausencia de tensión y ansiedad; tampoco es equivalente a éxito.
- La auténtica felicidad incluye el crecimiento en sabiduría y libertad interior ante el misterio del dolor, el sufrimiento y la muerte, o ante la finitud, vulnerabilidad y posible desintegración que caracterizan la condición humana.

47. El principio de no maleficencia nos exige actuar de tal modo que se evite hacer el mal físico, psíquico, moral o espiritual - excepto cuando un bien objetivo mayor haga necesario permitirlo pero no por intención directa (cf. normas del doble efecto).

De acuerdo a la antropología filosófica personalista y en consonancia con la ley natural, este principio plantea, en su aplicación, la existencia de lo intrínsecamente malo. Lo intrínsecamente malo viola directamente la dignidad de ser persona, entendiendo la dignidad como rasgo que entraña las demás dimensiones esenciales de la persona en sí. Según este principio, nunca es lícito, por ninguna razón, intención, circunstancia ni consecuencia, realizar un acto intrínsecamente malo en virtud del objeto o finalidad propia a esa acción (matar vida inocente, tortura, etc.).

Este principio complementa el principio de autonomía en la exposición de las normas para la acción de doble efecto o de voluntario indirecto.

48. El principio de justicia

Este principio nos inspira a actuar para promover la equidad en toda situación en que los bienes deban distribuirse o en otras situaciones de interacción humana derivadas de nuestra realidad de ser personas comunitarias. Se puede hacer distinciones en cuanto a la justicia, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

a) Distribución

La distribución significa dar a cada uno según su necesidad real, y exigir de cada uno de acuerdo a su capacidad o posibilidades. El principio exige participar del modo más equitativo posible en bienes comunes como seguridad, servicios sociales y educativos, ambiente limpio, protección ante desastres naturales, alojamiento, nutrición y cuidado de la salud.

b) Compensación

Compensación significa premiar y castigar sin discriminación ni en ausencia de condiciones válidas, y sólo por diferencias personales en las que se haya incurrido consciente y voluntariamente.

c) Procedimiento

Proceder supone procurar aquel orden que promueva el máximo beneficio y mínimo de riesgo para el mayor número de personas.

d) Dimensión comunitaria

Atender a la dimensión comunitaria supone velar por un orden en las relaciones personales. Un orden que esté sustentado en la igualdad esencial o dignidad entre las personas. Exige fidelidad a las promesas y hacerse digno de la confianza depositada en uno.

En general es prudente pensar en la justicia reparando en el trato correspondiente a la dignidad de la persona como sujeto y objeto de una acción, pero también reparando en la promoción de una infraestructura social que fomente la participación creativa y receptiva de parte de las personas que están en comunidad.

49. E. Cassell nos advierte que el principio de justicia ha adquirido una relevancia especial debido a la realidad social y económica en la que se enmarca actualmente la prestación del servicio de salud. Es decir, hoy el médico no puede circunscribir su atención a su paciente individual, enfocando sólo su bienestar, sino que a la vez debe considerar cómo usar eficazmente para la prestación del cuidado de salud recursos sociales que en gran medida son escasos y que hay que conservar.

El surgimiento de la medicina prepaga o aseguradoras de salud exige enfocar la justicia distributiva, porque existe la tendencia a considerar los costos como valor primario para evaluar los servicios a prestarse. La eliminación de determinados servicios de un plan de salud, la reducción del monto de reembolso por servicios específicos y la reducción del tiempo asignado para el encuentro médico - paciente puede abaratar los servicios, pero es preciso plantearse la siguiente pregunta: los cuidados en salud, ¿son bienes de consumo sujetos a las normas del mercado? Una ética clínica centrada en la compasión y la empatía, y orientada hacia el cuidado de cada paciente como persona única, se enfrenta entonces a una ética organizativa preocupada por la máxima productividad del médico, por la reducción de costos y por demostrar de modo estadístico el resultado de una intervención clínica en una población de pacientes.

Últimamente el médico es considerado como un recurso social, obligado a controlar los servicios como bien público y subordinado a las normas legales que regulan la

convivencia humana para evitar conflictos con los pacientes – clientes que reclaman como un derecho ser atendidos y disponer de organizaciones de salud.

Esta interpretación del médico como recurso o proveedor público empaña un tanto la visión del encuentro clínico como interacción fundada en virtudes y deberes, en la cual el juicio clínico del médico en su calidad de persona se complementa con las preferencias del paciente.

La RMP fiduciaria y de alianza, según la hemos adoptado en este trabajo, enfrenta un gran desafío en un ambiente ético donde el principio de justicia puede presentarse de forma aislada o con una primacía prescindente de los otros principios y carente de fundamento antropológico en la persona.

50. Planteamos a continuación algunas derivaciones o implicancias del principio de justicia, las cuales, a su vez, suponen también el principio de beneficencia.

En primer lugar estos principios ayudan a formular algunas normas para una sexualidad enmarcada en un contexto de amor personal. El amor supone cumplir con la justicia (respetar los derechos naturales y los contractuales). Las siguientes realidades descansan sobre la justicia y la beneficencia:

- a) La expresión de la complementariedad masculino/femenino y de la mutua entrega radical, total, exclusiva y permanente.
- b) La expresión de la trascendencia de sí mismo en la prole o familia.
- c) La integración de la sexualidad a la dignidad y a la solidaridad comunitaria inherentes al ser persona.

51. En segundo lugar, también estos principios ayudan a plantear normas para la participación comunitaria, a saber:

- a) Verticalidad

El proceso de decisión se inicia con la persona y luego, en orden ascendente, con las unidades sociales a la cual esta pertenece (familia, comunidad civil, Iglesia, Estado).

- b) Horizontalidad

La interacción con varias unidades funcionales en un mismo nivel resulta más justa y democrática.

- c) Subsidiariedad

Las intervenciones de unidades superiores sólo son necesarias cuando la inferior no puede funcionar. La intervención se justifica sólo cuando se debe fortalecer y facilitar el funcionamiento básico y restaurar la autonomía de la unidad. La sociedad política no puede sustituir la responsabilidad personal; por el contrario, debe orientar esa responsabilidad hacia el bien común.

d) Solidaridad

Cada persona debe considerar su vida y su salud no sólo como bienes personales sino también sociales. Al promover su propio bien y cultivar un estilo de vida sano, el individuo está promoviendo el bien común. Al cultivar el bienestar de los demás contribuye al propio bien:

- Buenos ejemplos: prevención de enfermedades contagiosas;
- donación de órganos;
- sanción de leyes sanitarias o de salud pública;
- utilización prudente y acorde a la necesidad real de los recursos escasos en la prestación del cuidado en salud;
- voluntariado u otras prestaciones de asistencia (pastoral, psicosocial) basadas en la generosidad ante la vulnerabilidad humana.

52. En tercer lugar, la justicia fomenta ciertas normas para regular la interacción entre la tecnología (como recurso artificial) y la naturaleza. Una versión de estas normas sugiere cautela ante la posibilidad de que la técnica, la intervención genética, las intervenciones aplicadas en torno del proceso de morir y la cirugía estética puedan sustituir u afectar lo natural de modo irreverente. Complementar y corregir lo natural puede ser recomendable, pero es preciso examinar primero el valor propio de lo natural. Estas consideraciones nos llevan a formular normas para orientar:

a) las consideraciones éticas en torno del patrimonio genético de la humanidad y

b) la preservación, conservación, uso y desarrollo creativo de los recursos naturales del ambiente biológico - físico.

53. A modo de resumen, veamos las recomendaciones sobre justicia que nos ofrece la Conferencia Episcopal de los EE.UU.:

- a. Desarrollar un consenso cultural que reconozca a los derechos económicos el mismo status de honor de los derechos sociales y cívicos, del derecho a la libre expresión y a la privacidad. Así la dignidad de la persona quedará salvaguardada al participar adecuadamente de los recursos económicos de la sociedad;

- b. Fomentar la participación (democracia participativa) de cada individuo y cada grupo en la vida de la comunidad, evitando la marginación de las minorías;
- c. Fomentar la reciprocidad entre los necesitados o carentes de recursos y los capacitados para producir y ofrecer. La justicia exige contribuir al bien común al igual que recibir del bien común. El bien común, sustentado en el concepto de la persona como sede de derechos y obligaciones, destaca el derecho del individuo a participar y contribuir creativa y productivamente a la vida de la sociedad.
- d. La justicia no ha de enfocar sólo la producción de bienes o la prestación de servicios, sino también evaluar las fuentes de producción, los medios de esta y los patrones de distribución. En cuanto a la distribución de los recursos, debe contrarrestarse el impacto negativo en las personas que no reciben lo necesario para una calidad de vida inherente al ser persona. Las distribuciones basadas en criterios tales como raza, género u otras condiciones fuera del control responsable de la persona, resultan inequitativas y por lo tanto injustas.

54. Bienes básicos – Valores

El último componente de la experiencia moral, pero tal vez el más necesitado de ser tenido en cuenta prioritariamente en la reflexión ética, está constituido por los bienes básicos. Cuando se los identifica en la experiencia moral y cuando la ética los articula reflexivamente, se denominan valores. A continuación selecciono los más importantes para la ética biomédica:

1. El bien o valor fundamental (si bien no absoluto) es la vida. El respeto a la vida, su defensa y su promoción, representa el primer imperativo ético del hombre hacia sí mismo y hacia los demás. Así lo expresa la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, universalmente reconocida:
 - a. la vida es un bien personal intrínseco e incommensurable;
 - b. la vida es un bien de la comunidad (protegido por la justicia conmutativa).
2. Libertad personal y comunitaria.
3. Seguridad de la persona, su integridad, lo cual supone salud.
4. Autorrealización y creatividad, es decir, excelencia en el desarrollo de sus capacidades distintivas (razón, voluntad, emotividad, corporeidad) a fin de que complete su existencia de modo armonioso, integral, y en consonancia con el orden del ser de la persona.

5. Amor en todas sus dimensiones: hacia Dios, el prójimo, las causas e ideales, y hacia sí mismo.
6. Trascendencia o superación de todo individualismo aislante, a fin de servir a un orden que supera pero acoge la existencia individual, infundiéndoles una finalidad y significado básicos a todas sus acciones y experiencias.

55. En vista de la singular importancia que reviste - a nuestro entender - el bien de la trascendencia, es oportuno citar el siguiente fragmento de Víctor Frankl, en torno de la trascendencia de sí mismo: “Quiero describir con esta expresión el hecho de que en todo momento el ser humano apunta, por encima de sí mismo, hacia algo o hacia un sentido que hay que cumplir, o hacia otro ser humano, a cuyo encuentro vamos en amor. En el servicio a una causa o en el amor a una persona, se realiza el hombre a sí mismo. Cuanto más sale al encuentro de su tarea, cuanto más se entrega a su compañero, tanto más es el mismo hombre y tanto más es sí mismo. Así pues, propiamente hablando, sólo puede realizarse a sí mismo en la medida en que se olvida de sí mismo o que se pasa por alto a sí mismo” .³⁷

56. A modo de resumen de la exposición sobre los tres componentes principales que constituyen la experiencia moral, cabe destacar lo siguiente: para la ética reflexiva, una acción es claramente moral y digna de elogio cuando

- a) emana de una intención interna o de un carácter virtuoso;
- b) su expresión externa se rige equilibradamente por principios;
- c) procura promover el mayor número de bienes de prioridad o calidad para el mayor número de personas, evitando o permitiendo el menor número de riesgos para el menor número de personas.

Lo anterior es en sí un ideal. Lograrlo requiere esfuerzo y sólo se alcanza una aproximación; no obstante motiva, explica y justifica la existencia humana como proyecto de la persona y don encomendado por un Ser Supremo.

57. En este capítulo hemos querido presentar la ética clínica como una ética del cuidado inspirada en las virtudes, particularmente en la empatía, sustentada en los principios ya clásicos de la bioética, y orientada hacia bienes sustanciales que constituyen la finalidad del ser persona.

³⁷ Frankl, V., *Ante el vacío existencial*, Barcelona, Herder, 1985, pág. 17.

La ética del cuidado se establece sobre el presupuesto de que las personas están dinámicamente entrelazadas y cada situación exige una evaluación enmarcada en ese contexto o red de vinculaciones. Para examinar la antropología filosófica que opera como fundamento de dicha ética del cuidado, es necesario un método no sólo racional sino relacional o dialogante que asuma una actitud de apertura y disponibilidad existencial.

Para expresar mejor la RMP que sustenta la ética del cuidado, Pellegrino nos propone la ya célebre frase: “beneficencia en confianza”, que integra la autonomía individualista y la beneficencia paternalista en un modelo fundado en la intersubjetividad de la confianza³⁸.

Si la aplicamos al tema del consentimiento ilustrado (CI), se podría decir que si bien la medicina científico - técnica considera superfluo el CI, la bioética anglosajona, en cambio, lo absolutiza. Ahora bien, un modelo relacional evalúa el CI como una interacción respetuosa y compasiva entre médico y paciente, en un marco de comunidad humana y frente a los desafíos de la propia existencia compartida.

Cuando la relación de cuidado supone confianza y se expresa como una relación fiduciaria, queda más asegurada por el espíritu y proceder propios de la alianza. El término alianza acentúa en la ética del cuidado una serie de elementos primordiales:

- a) un intercambio que supone un don de sí o un beneficio (el paciente aporta su dolencia y el médico su asistencia a la totalidad de la persona);
- b) un intercambio de promesas (el médico profesa competencia y el paciente promete obediencia y honestidad);
- c) una configuración de toda la vida que refleje el don y el intercambio (el médico reconoce su servicio como vocación personal y el paciente sabe que experimenta una dimensión profundamente humana: la vulnerabilidad y la dependencia del cuidado de otra persona);
- d) un retornar a las fuentes originales de la alianza en cuanto que ambos evalúen constantemente los factores que originaron el encuentro de confianza o interacción entre la vulnerabilidad de uno y el cuidado del otro.³⁹

58. Frankl reafirma la relación beneficencia - confianza en el espíritu de alianza:⁴⁰ “No existe ninguna situación que no pueda ser ennoblecida por el servicio de la paciencia. En relación con el paciente, la paciencia ayuda a soportar correcta y sinceramente el

³⁸ Cf. Pellegrino, **Helping and Healing**, op. cit., 1997.

³⁹ Cf. May, William, **Testing the medical covenant**, op. cit., pág 54.

⁴⁰ Cf. Frankl, V., **Ante el vacío existencial**, op. cit., pág. 94.

padecimiento de un destino humano. El médico dispone de la repetida oportunidad de ver cómo un paciente va llevando a cabo el cambio de rumbo, partiendo del primer plano de la conciencia cotidiana, de la posibilidad (al alcance de toda existencia común) de dar un sentido a la existencia, de dar un sentido a su vida mediante una actividad creadora, de dar un sentido a la existencia mediante el sufrimiento o la aceptación de un destino doloroso.”

59. Conviene destacar que la ética del cuidado acentúa los principios de beneficencia y no maleficencia, los cuales presuponen la interdependencia humana como condición original y permanente de la existencia, tal como lo subraya C. Gilligan.

Ahora bien, recordemos que la ética del cuidado contrasta con la ética libertaria. Esta última acentúa la autonomía y la justicia caracterizando la separación y la individualidad como inherentes a la condición humana y conducentes a una convivencia concebida como acuerdo o pacto.

La ética libertaria contemporánea nos aparta de la ética del cuidado, intentando convencernos de que el encuentro entre seres humanos es - si no de jure sí de facto - un encuentro entre extraños morales, lo cual acarrea conflictos éticos. Ante este panorama, y basándome en las reflexiones de E. Pellegrino y de W. May, he propuesto una ética del cuidado fundada sobre una descripción fenomenológica del encuentro: el “otro” que está frente a mí no sólo implica una norma moral sino que constituye el mandato moral principal: al menos no negarle su existencia, no hacerle daño, pero reconociendo a la vez que ello supone una disposición activa a respetar su heteronomía en contraste con mi autonomía. El otro se presenta en modalidad imperativa y no indicativa.

C. Aplicación práctica o Dinámica del PERSONALISMO ORGÁNICO

Procedimiento sugerido para que una conciencia bondadosa y recta pueda discernir, juzgar, decidir y actuar (prudencia o frónesis en el sentido y origen clásico del término). Aplicación especial a situaciones clínicas.

1. Introducción

Este procedimiento no es una mera instrucción para seguir mecánicamente. Su seguimiento (particularmente en el área clínica) supone responder a una serie de interrogantes que anima al diálogo interdisciplinar y personalmente comprometedor. Se sustenta en los fundamentos propuestos según una ética filosófica (personalismo orgánico) con énfasis en las virtudes. A las virtudes las entendemos como señal de excelencia en la orientación hacia los bienes correspondientes al ser de persona y en su función de coordinar la aplicación de los principios clásicos de la bioética.

Este procedimiento intenta superar los extremos del “rigorismo formalista” caracterizado por la mera deducción del juicio moral a raíz de una consideración teórica de los principios y del ser de persona, como asimismo el extremo del “situacionalismo particularista” centrado en intuiciones individuales de lo moralmente correcto.

El personalismo orgánico reconoce e incorpora la gestión de la denominada “ética de la narrativa” reafirmando la relevancia ética de la historia de cada persona individual. Precisamente porque la persona tiene un pasado que supone una lección de vida, un presente desafiante y un futuro que puede ser un horizonte de esperanza o de desesperación.

Se reconoce igualmente el modo en que las emociones tiñen las ideas y motivan las decisiones.

2. Etapas del Procedimiento

a) Etapa descriptiva y comparativa –sensibilidad moral o recolección de datos.

1) Percepción de la situación moralmente problemática o desafiante, destacando en detalle los aspectos morales que se presentan en conflicto o suponen dilemas entre el bien y el mal o entre un bien y otro bien, desde ópticas tan diversas como posibles.

2) Aceptar el desafío, la tensión, el conflicto o el dilema (según sea la situación) sin escudarse en mecanismos de defensa psicológicos (racionalización, proyección, etc.).

3) Identificar el nivel en el cual surge el problema moral, desde el más concreto y reducido (micro-) al más abarcador y amplio (macro-) o nivel intermedio (meso-) o la combinación de estos niveles.

4) Detectar cómo esos aspectos afectan la vida de modo negativo y de modo positivo, y forman parte de las vivencias de las personas que interactúan en la situación problemática. La narrativa personal y comunitaria de esas vivencias, cuando resulta posible obtenerlas, puede ser presentada con empatía y comparadas para lograr un horizonte amplio de experiencias pertinentes a la situación enfocada.

5) El discernimiento que le compete a la conciencia bondadosa y recta supone en esta etapa, particularmente, una motivación afectiva caracterizada por los sentimientos más nobles de la sensibilidad moral. La afectividad puede influir en el grado de intensidad de la concentración mental, en la fuerza de la voluntad y en la perseverancia que ha de acompañar la acción más adelante y determinada a modo de respuesta a la situación. Esto puede incluir:

* familiarizarse con los modos diversos y tal vez contrastantes de las personas a la hora de ver la vida y la conducta.

* Empatía para imaginar cómo otra persona se siente, o capacidad para entender las ideas y sentimientos de otra persona al igual que para colocarse a sí mismo en la situación.

* Compasión para responder con respeto y solicitud.

* Benevolencia o amabilidad del corazón.

* Indignación ante la posibilidad de maldad (luego se evalúa objetivamente si se trata de un mal).

6) Motivación moral para reconocer a nivel prerreflexivo e intuitivo la prioridad existencial de los bienes morales o de las virtudes morales en los agentes de la situación. Es decir, aquí puede surgir una intuición o juicio preliminar a modo de hipótesis sobre qué acción conduce rectamente al bien integral de las personas en cuestión.

7) Fomentar una actitud de confianza y esperanza a modo de preámbulo positivo y receptivo ante la situación.

8) Se sugiere el cultivo de la virtud de la Humildad: aceptación de las capacidades y limitaciones propias y sensibilidad y respeto ante las variaciones de perspectivas

posibles ante una situación; reverencia como demostración de la estima, consideración y disponibilidad hacia los demás.

9) Resulta aconsejable desprenderse en lo posible de aquellas preferencias demasiado egocéntricas e intentar visualizar la situación desde las perspectivas de los directamente afectados, en particular la de los adversamente impactados.

10) Aplicación específica a la situación clínica (“presentación clínica”) del Paciente :

* ¿Cuál es el estado médico del paciente?

- ¿Problema o dolencia que presenta-historial clínico?
- ¿Hipótesis de diagnosis /diagnóstico?
- ¿Pronóstico – condición aguda/crónica/terminal?
- ¿Tratamientos propuestos (beneficios/riesgos)?
- ¿Tratamiento recomendado /alternativas razonables?
- ¿Consecuencias en caso de rehusar tratamiento?

* ¿Cuáles son los factores contextuales relevantes?

- ¿Factores demográficos?
- ¿Situación y estilo de vida del paciente?
- ¿Vínculos familiares?
- ¿Lugar del cuidado (hogar/institución)?
- ¿Idioma vernáculo o extranjero?
- ¿Religión o confesión religiosa o ausencia de esta?
- ¿Otros factores culturales de relevancia?

* ¿Cuáles son las preferencias clínicas del paciente?

- ¿Comprende su situación?
- ¿Se expresa sobre la calidad de su vida actual y en comparación a la anterior a su dolencia/enfermedad?
- ¿Deseos actuales sobre el tratamiento propuesto?
- ¿Motivación que anima su percepción de la situación?
- ¿Cuál es la calidad de su expresión verbal o no verbal?
- ¿Cuenta con “directrices por adelantado”? ¿Están estas actualizadas ?

* ¿Cuáles son las necesidades del paciente como persona única , original y en su totalidad /integridad ?

- ¿Cuál es su condición psíquica?
- ¿Sufre en algún sentido?

- ¿Cuál es su disposición espiritual (religiosa o profana) ante el dolor y la muerte?
- ¿Cómo son sus dinámicas interpersonales?
- ¿Se expresa en términos legales / derechos?

* ¿Cuáles son las preferencias de los familiares o reemplazantes de estos?

- ¿Opiniones sobre la calidad de vida del paciente?
- ¿Opiniones sobre el mejor interés de este?
- ¿Disposición y disponibilidad para cuidarle?
- ¿Intereses de la familia que puedan afectar negativamente al paciente?
- ¿Conflictos entre el paciente y su familia en cuanto al curso del cuidado?
- ¿Recursos económicos, sociales y culturales de la familia en relación con el paciente?
- ¿Expresan alguna exigencia de tipo legal?

* ¿Cuáles son las responsabilidades profesionales que los médicos, enfermeras y otro personal de asistencia reconocen de modo inmediato? ¿Qué les indica sus respectivos códigos de ética?

* ¿Existen condiciones favorables o desfavorables en el ambiente institucional en cuanto al cuidado del paciente? ¿Cómo responder a ellas?

- ¿Cuáles son los objetivos o finalidad de la institución?
- ¿Cuáles son sus intereses sociales y económicos?
- ¿Cuáles son sus recursos técnicos y humanos? ¿
- ¿Cuáles son sus carencias y limitaciones en relación con el paciente en cuestión?
- ¿Hay conflictos de poder e interacción desfavorable para el paciente entre médico y médico, entre médicos y enfermeras o entre algunos miembros del equipo profesional del cuidado?
- ¿Hay factores institucionales que contribuyan con problemas al cuidado del paciente, tales como: rutinas en el trabajo, incidencia de mala práctica, problemas legales, errores u otra irregularidades organizativas o particulares de la infraestructura institucional?

* ¿Cuál (es) es o son los conflictos entre preferencias u opiniones enunciadas por las personas participantes en la situación clínica? Se insinúan dilemas (aun a nivel prerreflexivo) entre bienes que no pueden lograrse simultáneamente?

11) Como preparación a la próxima etapa, redacte un esquema preliminar ilustrando los elementos en tensión, en conflicto, en oposición o a modo de dilema.

Resumen

Esta primera etapa, a la cual designamos como “existencial” muestra que el ser humano nace y se conduce inicialmente en un contexto de significados y valores, lo cual constituye el orden del sentido común. Este orden puede orientar en primera instancia (a modo de intuición) la conducta, aun antes de una reflexión metódica y crítica, al igual que motiva la recolección de datos pertinentes al análisis ético. Es decir que ya en esta etapa puede estar la resolución prefigurada, pero en todo caso se trata de un presupuesto necesario para la próxima etapa. En esta etapa surge la experiencia moralmente problemática en cuanto tal, se presentan los hechos pertinentes y se identifican los individuos o grupos que puedan ser afectados (beneficiados o perjudicados) en cierto modo y grado por la decisión a tomarse.

b) Etapa del razonamiento moral o discernimiento ético por medio del juicio moral ante el bien(es) y los principios. Cultivo de las Virtudes. Integridad del carácter personal. Configuración de las responsabilidades éticas.

1. Interpretar las primeras opciones para resolver el problema que puedan haberse generado en la etapa precedente, sin precipitación y sin dejar de lado datos desagradables, conflictos e incongruencias originales ya descritas. La virtud de gran pertinencia en esta etapa es la paciencia sustentada en la humildad y la valentía como disposición para aceptar las dificultades y comprometerse con el esfuerzo personal, superando el miedo y la apatía.

2. Distinguir entre intenciones que puedan sustentarse en la razón y motivos como preferencias de matiz subjetivista.

3. Interpretar lo que cada opción supone. Evaluar a la luz de los principios que fomentan y protegen la verdad y el bien del ser persona en su dimensión individual y comunitaria (sentido de la vida en sí). Es decir, se trata de una reflexión profunda sobre el bien integral/ felicidad en el sentido clásico, y de cómo se derivan de este los demás bienes o valores.

4. La consideración de principios se sugiere como punto de referencia para sustentar y evaluar los derechos naturales y humanos y los deberes correspondientes según sea el caso.

a. Principio de beneficencia

¿Cuál opción promueve el bien que corresponde objetivamente a la dignidad e integridad de cada persona afectada en la situación? ¿Cuál opción respeta mejor la identidad personal y las aspiraciones de trascendencia de cada individuo? ¿Cuál opción supone una consideración de los bienes en común tales como vida, libertad, paz, seguridad, solidaridad, realización plena de aspiraciones personales y sociales?

En sintonía con este punto se puede iniciar un cálculo de beneficios y riesgos encaminado a juzgar cuáles personas, sucesos y cosas reflejan mejor el bien integral correspondiente al ser persona o su grado de bondad e impacto a corto y al largo plazo.

b. Principio de autonomía responsable

¿Cuál opción promueve la capacidad para juzgar con pleno discernimiento y decidir libremente ante el orden objetivo de la verdad y el bien que corresponde a las inquietudes e inclinaciones naturales del ser humano? Este principio es el sustento más importante de los derechos asociados a la práctica del consentimiento ilustrado y de la confidencialidad.

c. Principio de no maleficencia

¿Cuál opción incluye como riesgos males físicos, psíquicos, morales y espirituales sin que medie un bien esencial como meta para la acción? ¿Cómo se aplica la norma en torno al “doble efecto” (una acción con intención benévola directa, pero con otra intención de permisibilidad indirecta y de naturaleza negativa/malvada). ¿Cuál opción incluye un mal intrínseco, es decir, un acto que contradice tanto la dignidad e integridad como la trascendencia inherentes al ser persona?

La opción que sugiera un acto inclinado hacia un mal intrínseco tendría que ser excluida. No está en nuestra libertad el establecer excepciones a esta opción en nombre de circunstancias o de motivaciones personales.

d. Principio de Justicia

¿Cuál opción promueve mejor la equidad en la distribución de bienes, en la compensación libre de discriminación, u observa con rigor los procedimientos establecidos para lograr el máximo beneficio y el menor riesgo en la vida comunitaria?

5. Función de las virtudes

En cuanto disposiciones habituales del agente moral e indicativas de su integridad de carácter para juzgar la acción apropiada al ser persona en su situación concreta, las virtudes suponen el discernimiento prudente para precisar la vía media entre los extremos del exceso y la deficiencia. En este sentido la virtud intelectual de la prudencia regula el desarrollo de las virtudes morales como equilibrio entre

extremos, y opera particularmente en la prevención de conflictos a la hora de aplicar los principios.

a. Prudencia

En un sentido estricto opera como momento de transición del juicio moral, a la hora de optar adecuadamente por el bien y la verdad relativos a la persona, con mira a una decisión y para determinar el medio adecuado entre los extremos del exceso y de la deficiencia en las virtudes. Su ejercicio supone:

- Memoria selectiva de experiencias anteriores.
- Entendimiento directo e inmediato de lo que la situación en conjunto exige a un primer nivel de evidencia (etapa inicial del procedimiento).
- Consejería de parte de personas de nobleza y virtudes probadas sobre su modo de proceder en las deliberaciones.
- Comprender por qué otros deciden de cierta manera y seguir su ejemplo. Comprender la decisión de otros aun sin compartirla o poder seguirla.

c. ¿Cuál(es) de entre las virtudes que siguen funciona como sustento de la opción que Ud. estima en consonancia con los principios en su servicio a la verdad y bien integral de las personas implicadas en la situación?

- * Humildad
- * Respeto
- * Integridad
- * Veracidad
- * Autocontrol
- * Confiabilidad
- * Fidelidad
- * Empatía
- * Benevolencia - Amor
- * Valentía
- * Perseverancia

6. Aplicación específica a la situación clínica. Interpretar el problema ético en su estructura. Aspecto principal y aspectos asociados. Formulación del juicio moral

a. ¿Está el paciente capacitado para participar en una relación médico/paciente caracterizada por la interpretación y deliberación compartida?

- ¿Es el paciente legalmente competente?
- ¿Está el paciente totalmente inconsciente/ coma?

- ¿Está parcialmente alerta o con capacidad disminuida? ¿Es su capacidad fluctuante?
- ¿Qué condiciones explican esa condición?
- ¿Qué criterio funcional/operativo aplica? (Ilustración: criterio = capacidad cognoscitiva de entender, retener y asimilar la información pertinente a su situación. Capacidad para aplicar con libertad interior esa información a su situación específica. Capacidad para explicar el procedimiento que usa al razonar. Juzgar y decidir sobre su situación. Capacidad para expresar su decisión y criterio.
- ¿Cómo mejorar la capacidad del paciente para participar en las decisiones en torno al cuidado de salud?
- ¿Se le informa al paciente todo lo pertinente a su situación con claridad, precisión y respeto, en consonancia con su nivel cognoscitivo y con la debida paciencia y honestidad?
- ¿Se observan las normas de veracidad con la consideración del estado de ánimo del paciente y lo que él/ella quieran conocer?
- ¿Cómo se aplicaría la reserva mental, de ser esta en beneficio del paciente?
- ¿Se fomenta la educación del paciente facilitando su libertad, usando persuasión reverente sin inclinarse a la manipulación ni a la coerción u ocultamiento?
- ¿Se guarda la confidencialidad/ secreto profesional?
- De no ser el paciente capaz para decidir: ¿existe un documento o directriz por adelantado? ¿Cómo precisar si la familia representa responsable e íntegramente las preferencias razonables del paciente? ¿Qué hacer si no resultan razonables desde el punto de vista de la integridad profesional? ¿Cómo diferenciar entre las preferencias pertinentes y las no confiables? En caso de ausencia o incapacidad de la familia, ¿cómo establecer objetivamente los mejores intereses del paciente?

b. ¿Cuál es la concepción(es) del bien /valores que su paciente presenta y las de sus parientes? ¿Están en armonía o entran en conflicto? ¿Cuáles son los bienes desde la perspectiva del medico y del equipo del cuidado en salud?

c. ¿Cuáles son las acciones o intervenciones apropiadas para lograr esos bienes? ¿Qué consecuencias positivas y negativas se asocian a esas acciones?

d. ¿Se sustentan tales acciones en el principio de autonomía, en consonancia con su operacionalidad en el proceso de consentimiento ilustrado? ¿Cómo lo interpreta cada profesional responsable del cuidado del paciente?

c. ¿Se sustentan tales bienes en el principio de beneficencia en el sentido amplio, que incluye tanto el bien inherente al ser persona como bien clínicamente posible y el bien según preferencias del paciente? ¿Cómo lo ve cada profesional?

f. ¿Se cumplen las normas de la justicia , particularmente la distributiva? ¿Cómo lo ve cada profesional?

g. ¿Se observa el principio de no maleficencia al evitar todo acto intrínsecamente inmoral o daño / dolor sin justificación proporcional para lograr un bien esencial? ¿Cómo lo ve cada profesional?

h. ¿Existen conflictos entre estos principios, según la percepción de los pacientes, familiares y los profesionales en salud?

i. ¿Qué normas institucionales se aplican, tanto para confirmar como para desafiar los principios éticos ya formulados?

j ¿En qué medida resultan relevantes las guías éticas o códigos profesionales de los asistentes en salud? ¿Existen conflictos? ¿Cuál puede ser la raíz de estos? ¿Problema conceptual o dificultad en la comunicación?

k. De ser necesario, consultar al Comité de Ética Institucional. ¿Qué recomienda este?

l. De ser necesario, consultar bibliografía sobre ética clínica en situaciones similares a la que se presenta.

m. Identifique las opciones éticas juzgadas como razonables para resolver la situación bajo análisis.

n. Intente colocar las opciones en orden de correspondencia con los bienes fundamentales que se intenta lograr y de acuerdo a cómo se observan los principios de la ética biomédica.

o. ¿Qué virtudes del médico y de los profesionales en salud se sugieren como fortalecedores de la decisión por tomar?

Resumen

En esta etapa reconocida como formal se enfrenta las dudas y conflictos que pueden generar las primeras opciones. Se realiza un análisis crítico en busca de una justificación y de una base antropológica. De ese modo se trata de fundamentar el carácter prescriptivo y obligatorio de las normas morales inicialmente propuestas.

Se propone como cimiento objetivo las exigencias inherentes al ser mismo de la persona: su dignidad, integridad, identidad y trascendencia como expresiones de la verdad sobre la existencia humana, como raíz de su bien y causa del ejercicio de su libertad (personalismo orgánico).

En esta etapa se generan algunas opciones realistas, pero aun más de integridad ética en el orden de la intención noble y la acción recta.

A. Etapa de la decisión

Una vez establecido el juicio moral sobre la base de la deliberación ya expuesta, se selecciona, propone, decide y ordena la acción que resulte prioritaria según los siguientes criterios:

1. Que la acción no suponga actos intrínsecamente malos, de modo que observe el principio de no maleficencia
2. Que al observar el principio de beneficencia promueva los bienes esenciales a la dignidad, integridad y trascendencia de las personas, además de otros bienes, con el mínimo de riesgos.
3. Que observe en la mayor medida el principio de justicia en su faceta de distribución equitativa de los bienes esenciales.
4. Que suponga y a la vez fortalezca las virtudes en el agente moral principalmente responsable y autónomo ante la decisión.
5. Dialogar con quienes sostengan opciones diferentes o contrarias para lograr un consenso sobre lo fundamental y negociar alternativas siempre y cuando ello no suponga aceptar lo intrínsecamente malo y violatorio de la integridad del ser persona.

B. Actuar con determinación para implementar la opción

- a. Procurar la solidaridad.
- b. Facilitar la subsidiariedad.
- c. Aceptar la responsabilidad moral por las consecuencias directas e indirectas de la acción, las intencionalmente y directamente propuestas y las intencionalmente permitidas.
- d. Renunciar (sin por ello desestimar) a los bienes que las opciones descartadas o no seleccionadas al momento ofrecen.
- e. Evaluar retrospectivamente la acción, la decisión, y modificar, si es necesario, o afirmar el juicio moral emitido. A la luz de las decisiones evaluadas como positivas en varias ocasiones y en diversidad de situaciones se puede sugerir reglas o normas a posterior.

- f. Impregnar de amor efectivo - y afectivo - la decisión tomada, es decir, fomentar el CUIDADO como componente del procedimiento en su totalidad bajo la consigna: “Apreciar la verdad y el bien bajo el esplendor del Amor.”
- g. Aceptar que la decisión humana en cuanto tal supone un elemento de audacia al configurar una acción concreta con su ineludible novedad o “creatividad” (de alta probabilidad moral pero no de certeza científico/ matemática en la aplicación singular de los principios y normas.

C. Aplicación a la situación clínica

- a. Fomentar la colegialidad y la participación corresponsable de todos los profesionales en salud ante la acción propuesta.
- b. De persistir un conflicto, negocie el plan de acción aceptable sin abandonar lo que los principios recomiendan en cuanto a los bienes esenciales a la dignidad de ser persona.
- c. Reevaluar y reconsiderar la decisión si cambian las condiciones principales de la situación.
- d. Preocúpese por establecer normas preventivas para evitar el conflicto o dilema recién analizado y resuelto, al igual que fomentar las virtudes necesarias para asegurar la resolución lograda.
- e. Elabore recomendaciones sobre política institucional para fomentar una infraestructura conducente a una práctica ética en todos los niveles institucionales, desde las que afecta directamente al paciente hasta las de menor influencia estrictamente clínica.

Resumen

En esta etapa se selecciona y propone una o varias opciones, ordenadas según su prioridad. Tal prioridad se establece en base a los principios y bienes. De este modo se prepara al profesional para negociar y persuadir a otros en torno de la opción ética propuesta. Como medida preventiva se sugiere elaborar una tipología de situaciones similares que pueden generar conflictos (morfología), identificar tanto los bienes/valores que compitieron en el conflicto como los principios que mejor sirven a estos bienes, y fomentar en el profesional las virtudes que ayuden a la resolución y prevengan situaciones problemáticas análogas a la discutida.

Corolario

El esquema sugerido para guiar la aplicación consiste en los siguientes segmentos:

* Etapa descriptiva o recolección de datos

- Información sobre el paciente. Preferencias de la familia o parientes.

- Responsabilidades inmediatas de los profesionales.
- Condiciones institucionales.
- Conflictos entre los puntos anteriores/esquema.

* Etapa del razonamiento

- ¿Está el paciente capacitado para decidir?
- Bienes y valores
- Acciones correspondientes: cálculo de beneficios y riesgos.
- Aplicación de los cuatro principios
- Conflicto entre los bienes y conflicto entre los principios.
- Juicio principal para lograr un orden de prioridades de acuerdo al concepto central de la dignidad, integridad y trascendencia del ser persona.
- Resolución y decisión.
- Virtudes que deben educarse para facilitar la resolución.
- Recomendaciones.
- Ética preventiva para la institución.

Segunda parte

El Personalismo Orgánico ante las cuestiones en torno del inicio de la vida

El Personalismo Orgánico es un pensar la vida en su totalidad e integridad, lo cual conlleva reconocer las diversas dimensiones de la vida personal. Se parte de lo físico como base del desarrollo, para llegar a lo espiritual como aquello que constituye el sentido pleno de dicho desarrollo.

El Personalismo Orgánico también contempla el contexto o ambiente que sostiene y posibilita ese despliegue de la vida personal. A la vida en su sentido general se la reconoce como un valor fundamental. Ella reviste prioridad sobre las cosas inorgánicas, de las cuales se sirve con el debido respeto a su naturaleza inanimada.

A la vida humana en todas sus etapas (desde la fecundación hasta su cese irreversible) se le reconoce un valor fundamental y no absoluto sino en dependencia del Creador/Providente, de Aquel de quien recibe el ser y la razón de sus ser o finalidad como meta de su realización plena.

La integridad de la estructura y dinámica de la vida personal, que abarca lo físico y lo espiritual, supone bienes que la bioética debe fomentar y proteger.

Seguidamente presentamos las Conferencias ofrecidas durante la II Jornada de Bioética, realizada en Florencio Varela, 12 de agosto de 2000, en las cuales aplicamos el Personalismo Orgánico a temas bioéticos en torno del inicio de la vida según fueran presentados por distinguidos médicos que oportunamente identificaremos.

Comenzamos con el planteo científico del tema. Este planteo corresponde al primer estadio o punto de partida del estudio según el método orgánico. Luego presentaré mi interpretación ética como también la dimensión espiritual que una reflexión integral del acontecer humano merece y exige, según lo postula el Personalismo Orgánico.

Introducción

Esta Segunda Jornada de Bioética se realiza luego de haber ocurrido un acontecimiento muy importante en el mundo: El trazado del mapa del genoma humano.

Hace alrededor de cien años, Nietzsche decía que Dios había muerto. Y hoy el hombre pareciera querer decir: *“El ser humano creado por Dios no existe”*, constituyéndose así, de alguna manera, en rey de la creación.

Evidentemente no podemos dejar pasar este hecho tan importante. Pidámosle a Dios, o a aquello en quien más crea cada uno de nosotros, que nos ayude a encauzar nuestra vida y esta jornada de tal modo que podamos mantener la dignidad, valor y riqueza del ser humano. (Hna Maria Teresa, Superiora Provincial)

Palabras introductorias a cargo de la Dra. Elena Lugo

Les pido por favor que tengan a bien fijarse en la página nº 3, en la que se expone el Preámbulo. No la leeré, pero sí me gustaría indicar una frase que aparece prácticamente en el centro del párrafo y que dice así:

“La ciencia es seductora y fascinante, pero no sabe enunciar por sí sola la verdad primordial ni proponer la felicidad que el hombre desea lograr para el bien.”

En este y en el próximo panel tomaremos contacto con ese carácter fascinador de la ciencia. De esta manera apuntamos a cumplir con el primer objetivo de la Jornada.

Queremos subrayar cuán importante es contar con una base sólida de conocimiento científico para poder reflexionar filosóficamente con suficiente credibilidad y valorar la inspiración espiritual.

(Primera transparencia. A modo de introducción)

Estas transparencias apuntan a complementar lo que ustedes ya tienen en la carpeta.

Creo que será interesante identificar e interpretar, a través de nuestro panel, la novedad, complejidad y desafíos del aporte científico- técnico en torno de la vida humana en sus inicios.

Actualmente se pone énfasis, en todos los debates e intercambios, en lo que se ha dado en llamar “calidad de vida”. Pero este concepto hunde sus raíces en una cultura científico - técnica que podría llegar a acentuar la genética como medio para interpretar la vida, para diseñar y controlar la procreación. Una cultura en la cual se toma como criterios de realidad la objetividad científica, lo experimental; en la cual no se cree que la razón sea capaz de calar en la realidad en sí misma y en la cual existe una orientación pragmática en el análisis ético.

En su carpeta pueden leer textos en los que se alude a la siguiente situación: “Yo soy dueña de mi cuerpo y hago lo que quiero con él. Usted no es quién para decirme lo que debo o no debo hacer”. Ustedes dirán que esto lo dice una adolescente anglosajona, pero yo sospecho que también puede muy bien decirlo una hispana.

En esta área se nos presentan desafíos conceptuales y jurídicos. Centro mi atención en este punto: cigoto, embrión y feto son para algunos ya ser humano, pero no persona. Se le niega al cigoto el atributo de ser persona. Y esta negación justifica

entonces intervenciones técnicas como experimentar, manipular, diseñar y disponer a voluntad del embrión.

Esbozaré las respuestas de la ciencia, pero no estoy preparada para exponerlas con la suficiente solidez, rigor y exactitud. De modo que el resto de la introducción queda, naturalmente, para que ustedes mismos la estudien.

Sin más, tengo el gran gusto de presentar a nuestro panel.

Primer panel

I

Ponencia de la Dra. Margarita Bosch

¿Cuándo comienza la vida? ¿Cuándo empieza la vida de un individuo humano?
¿Cuándo comienza mi propia vida?

La primera aproximación a la respuesta es precisar, por lo menos, cuando empezó a existir mi cuerpo como tal.

La reproducción en el ser humano es una reproducción sexual y ello significa la existencia de dos organismos de signo sexual opuesto, adultos y productores de gametas.

Las gametas son células especializadas en el transporte de los cromosomas. Todos sabemos que los cromosomas se consideran las moléculas de la información. En efecto, en ellos está escrita la información de lo que mi cuerpo es y será durante toda la vida. Pero no sólo la información de lo que esas células y conjuntos de células serán, sino también la información del ritmo y del programa de desarrollo propio de cada especie.

Hacen falta dos personas para generar una nueva persona y la información debe dividirse por la mitad antes de la fusión. Esa división por la mitad se llama división **meiótica** y es específica de las gametas. Todas las otras divisiones en el cuerpo de los organismos son por mitosis y tienen por objeto generar de una célula dos células hijas, con el contenido nuclear, información y cromosomas semejantes a la célula de origen.

Como ustedes pueden apreciar en esta transparencia, **el inicio de la vida del hijo está marcado por la fusión de las gametas**. Esta fusión indica el inicio de la vida de un organismo de esa especie. Dicho organismo representa a un individuo de la generación filial, vale decir, un hijo.

Dijimos que las gametas son células muy especializadas que tienen el contenido nuclear dividido por la mitad. Pero en esa división hay dos funciones de importancia: una es la selección de los cromosomas que irán al hijo y, la otra, el intercambio de material genético que, en conjunto, dará lugar a la variabilidad observada y buscada por la sexualidad.

Además ahora se sabe que durante la gametogénesis el programa de desarrollo vuelve a cero, lo cual quiere decir que en la fusión de gametas el tiempo del organismo empieza a contarse desde cero.

Recuerden que cuando se habló de la clonación de Dolly muchos científicos objetaron la edad real de Dolly. Precisamente porque Dolly proviene de un núcleo adulto que ya no tiene sólo el tiempo cronológico de su cuerpo sino ese mismo tiempo de vida más el vivido por el núcleo donado. Vale decir que Dolly será una ancianita a los dos años de edad. Esto ocurre así porque hoy se sabe que la cronología también está incluida o siendo contada por los cromosomas.

Aunque no se ve muy claro, **en esta nueva transparencia se trata de esquematizar un ovocito (gameta femenina) y un espermatozoide**. Lo único que quiero hacer notar con este esquema (en la página 8 de la carpeta) es que el ovocito antes de ser ovulado sintetiza una cobertura, una protección externa llamada membrana pellucida. Esta estructura tiene una doble función: la primera, reconocer y adherir un espermatozoide de la misma especie y, la segunda, una vez producida la fertilización, proteger al embrión hasta que se implante.

Aprovecho esto para recordar que ambas gametas son liberadas del organismo que las produjo y se encuentran libres en un medio acuoso. Una vez que el embrión ha comenzado su desarrollo, se halla también libre, suspendido en un medio acuoso. De ahí que hoy sea posible hacer fertilizaciones in vitro, es decir, fuera del cuerpo de los padres, y que el desarrollo se inicia también con independencia del cuerpo de los padres.

Al considerar que se puede obtener in vitro embriones viables de hasta un mes, se advierte entonces la autogestión y la dirección de desarrollo del propio individuo.

Este esquema trata de **visualizar el camino que recorre el ovocito**. Este se libera del ovario y es tomado por la trompa de falopio. Migra entonces través de la trompa y es fecundado en un sitio ensanchado. Empieza así el desarrollo del embrión, que al cabo de siete o catorce días puede implantarse en el útero.

Durante el proceso el propio embrión envía señales bioquímicas a la madre para preparar el endometrio. Cuando se decía que ese embrión no se comunicaba con su madre era porque se ignoraba que bioquímicamente existía una comunicación. En efecto, inicialmente se produce la síntesis de determinados productos en el estadio de cigoto y además el embrión libera al medio factores de crecimiento y factores de modificación del endometrio.

La preparación del endometrio no es obra exclusiva del embrión, sino que también intervienen los otros genitales, pero en sí el embrión se comunica con su madre.

En esta transparencia se **ve la sucesión de eventos referidos a la fertilización**. Una vez que los espermatozoides son liberados del cuerpo del padre, tiene que realizarse el encuentro con el ovocito, el reconocimiento que se da a nivel de membrana pellucida.

Se produce luego la reacción acrosómica, la liberación de enzimas digestivas para poder atravesar la membrana pellucida, y se liberan unos determinantes bioquímicos de superficie que reconocerán específicamente la membrana del ovocito **llamada olin**.

No tengo más tiempo para explicar este proceso. Sólo me interesa demostrar que bioquímicamente hay una estrecha relación entre las dos gametas. Desde que el espermatozoide es liberado del cuerpo del varón pasa por procesos de activación, capacitación e hiperactivación. Estos procesos se pueden reconocer a partir de cambios en la superficie. El objeto final de los mismos es la adhesión, penetración y fusión con el ovocito. Quiero decir que es un mecanismo estrechamente ensamblado desde el punto de vista bioquímico.

Una vez que el espermatozoide hace contacto, es englobado por el ovocito. Parte de la cola queda afuera y se produce el gran proceso que les voy a contar ahora (todo esto está brevemente sintetizado en las páginas 24 y 25 del texto).

El espermatozoide es una célula capacitada para trasladarse, reconocer, penetrar y fusionarse con el ovocito. A su vez, el ovocito es una célula capacitada para reaccionar ante el espermatozoide.

Una primera reacción que se aprecia en la figura de abajo a la derecha es lo que se llama la inhibición de la polisperma.

La primera reacción es un cambio potencial de membrana, vale decir, la relación de electricidad interna y externa de la membrana cambia. Esa despolarización tiene como objeto no adherir ningún otro espermatozoide. Recuerden que se trata de juntar sólo dos células, ya que el contenido cromosómico de la especie humana es de exactamente 46 cromosomas.

Otra cosa que se ha determinado con toda claridad es la secreción o la liberación de calcio. En muchas especies emparentadas con el hombre se estudió y vio que en el contacto del espermatozoide empieza a aparecer calcio del lado interno de la membrana.

La figura 9 muestra una interpretación de cómo opera este calcio. La liberación interna de calcio es un proceso universal en las células y se produce como respuesta a factores externos. En el dibujo ubicado más arriba se trata de ilustrar cómo por un

efector externo - una proteína - se produce la secreción en el lado interno de la membrana de una sustancia que es el causal de la liberación de calcio.

El espermatozoide toma contacto y luego es englobado. Existe la teoría con bastante respaldo bioquímico que afirma lo siguiente: al tomar contacto, el espermatozoide libera un factor, es decir, una proteína, una sustancia que existe bioquímicamente y causa la liberación rítmica de calcio al citoplasma.

Este proceso es lo que se aprecia en la figura 9, abajo. El espermatozoide provoca esa liberación en el citoplasma del ovocito y causa así una activación. La activación del ovocito es inicio del desarrollo.

Ese calcio intracelular originado por la interacción con el espermatozoide da a la célula la señal de división. En suma, el calcio en el citoplasma del ovocito inicia el desarrollo del embrión.

El citoplasma del ovocito tiene en su interior factores que guiarán las primeras divisiones.

Estas primeras divisiones en el desarrollo del embrión humano son muy específicas. El cigoto pasa de un estadio de dos células a uno de tres. Precisamente porque una de las primeras blastómeras realiza una mitosis temprana y, la otra, una mitosis tardía, lo cual genera un estadio de tres células. Esta originalidad demuestra que las especies no son iguales ni siquiera en el estadio de cigoto.

A su vez las dos primeras blastómeras tampoco son idénticas, porque tienen un ritmo de división diferente. Las dos primeras blastómeras generan partes distintas del cuerpo del embrión. Este principio de que juntas actúan como partes de un organismo y separadas actúan independientemente, es una de las razones fuertes de la biología para justificar de que se es organismo desde el cigoto.

Existe un algo totalizador y organizador que hace que las partes funcionen en colaboración con el todo. Si se logra separar algunas de las dos primeras blastómeras o alguna células en un período posterior preimplantatorio, también se verá que la célula separada es capaz de hacer cosas diferentes de las que hace cuando está unida, lo cual nos vuelve a hablar del efecto totalizador de ese organismo, vale decir, de que se está frente a un organismo.

En suma, en el cigoto se han juntado los 46 cromosomas que serán los mismos que poseerá ese individuo en su cuerpo durante toda su vida. Todas las células de mi cuerpo tienen hoy los mismos exactos 46 cromosomas, que son los mismos que tenía mi cuerpo cuando yo tenía 5 años y son los mismos que estaban en el cigoto que me dio origen.

El cigoto es un todo en acto. El cigoto es un niño y un adulto en potencia. Tiene en sí toda la información para la que yo seré el resto de mi vida. El día que me muera no habrá probablemente durante un cierto tiempo - debido precisamente a los procesos de variabilidad en la sexualidad - ningún individuo que tenga los mismos exactos 46 cromosomas que yo llevé en mis células toda mi vida. La primera instancia que los poseyó fue el cigoto.

En esos 46 cromosomas está determinado por supuesto el sexo y otra serie de características. También se ha determinado que en la activación del ovocito se empieza a contar el tiempo de división, es decir, que el tiempo del individuo vuelve a cero y se inicia en el cigoto cuando ocurre la activación del ovocito.

Considerando que mis colegas van a hablar con mucha altura de los estadios que siguen, doy por finalizada aquí mi exposición.

Dra. Elena Lugo

Quiero destacar la importancia de la genética y el papel que juega y jugará en la intervención clínica de los recién nacidos con impedimentos o dificultades.

El término “genetización” alude a un proceso social que redefine lo que se interpreta como natural en su sentido genético determinante. El gen para algunos es una versión secular científica del alma, un modo conveniente de definir la persona, la identidad y sus relaciones.

En esta genetización existe una orientación interesante pero peligrosa que designamos con los nombres de biologismo, reduccionismo y determinismo.

El determinismo interpreta al ser humano y su conducta en términos genéticos, de lo cual surgen ciertos interrogantes: ¿Hasta qué punto me identifico con mis genes? ¿Quién tiene derecho a conocer los secretos genéticos? ¿Cuánto queremos conocer de nosotros mismos?

Estoy segura de que estas preguntas no pueden contestarse ni mucho menos aproximarse a ellas sin conocimientos de genética y sus implicancias clínicas. Nuestros panelistas nos brindarán orientación en este campo.

II

Ponencia de la Dra. Elba Martínez Picabea de Giogiutti

En primer lugar pido disculpas porque el tema es muy amplio y el tiempo muy breve, por lo cual solamente haré una especie de enumeración de técnicas y objetivos, aclarando cuándo existe riesgo en los estudios genéticos. Pero estoy a disposición de todos ustedes en todos los momentos libres que haya a lo largo del día para profundizar los interrogantes que puedan surgir.

Desde una perspectiva estrictamente biológica, el hombre, todos nosotros, compartimos con los otros seres vivos una multiplicidad de mecanismos funcionales y estructurales que tienen como finalidad el desarrollo del individuo y la perpetuación de la especie.

Digo esto haciendo una observación intencionalmente parcializada del hombre al que estoy mirando solamente como uno más en el mundo de los seres vivos. Sólo desde esta óptica el hombre es la resultante, como todos los otros seres vivos, de la interacción dinámica de factores genéticos recibidos por herencia biológica y factores ambientales que actúan sobre esos factores genéticos a lo largo de la vida.

Mediante esta dialéctica genético-ambiental se logra un producto final que es el hombre, aquí y ahora.

Los mecanismos de producción de enfermedades están relacionados en consecuencia con la alteración de esta interacción, y con la participación variable de uno u otro tipo de factores genéticos o ambientales.

Así pues podemos hablar de cuadros o enfermedades fundamentalmente genéticos debidos a la alteración de factores genéticos - si bien nunca totalmente genéticos - y cuadros o enfermedades fundamentalmente ambientales debidos a alteraciones de factores ambientales. Frente a un accidente, como podría ser un traumatismo, dos personas reaccionan de modo diferente: una se fractura y la otra no, porque siempre existe un terreno predisponente o resistente.

El diagnóstico correcto de la enfermedad es el punto de partida que permite en el acto médico implementar las medidas adecuadas para el tratamiento y la prevención. Pero la *conditio sine qua non* es el diagnóstico etiológico correcto, sin el cual no podemos hacer nada.

El tratamiento y la prevención se llevan a cabo mediante el control - reitero una vez más - de los factores genéticos o de los factores ambientales, o de ambos, que han contribuido a la enfermedad o bien a la predisposición a contraerla.

La medicina, tal como la conocemos hoy, se ha ocupado hasta ahora esencial y específicamente del control de los factores ambientales, vale decir, de las agresiones del medio: desde los gérmenes hasta los malos hábitos o los hábitos de vida nocivos.

Pues bien, lo que en este momento está cambiando el curso de la medicina moderna, lo que está abriendo las puertas a la nueva medicina, el factor de cambio esencial, es precisamente el descubrimiento de nuevas estrategias para comenzar a controlar otros factores como el genético.

El material genético se organiza desde una perspectiva peculiar, sobre la cual es conveniente decir algunas palabras. La información codificada que se trasmite por herencia biológica y que lleva las características básicas de cada individuo, está contenida en una larga molécula llamada ADN, ubicada en el interior de la célula.

Este ADN se ordena, se concentra, se ubica en estructuras celulares **fitológicas** visibles al microscopio, llamadas cromosomas. Los cromosomas constituyen entonces verdaderos paquetes de información genética.

En cada célula humana, ya lo dijo la Dra. Bosch, hay 46 cromosomas ordenados en 23 pares, uno de los cuales recibe el nombre de par sexual, que es estructural y funcionalmente diferente en el hombre y en la mujer.

El diagnóstico de enfermedad genética puede ser llevado a cabo en distintos momentos de la vida de la persona (y nuevamente reitero que cuando hablo conceptualmente de enfermedad genética me estoy refiriendo a la enfermedad producida por la acción fundamental de factores genéticos, pero en la que siempre intervienen factores ambientales en mayor o menor grado).

El diagnóstico genético después del nacimiento tiene fundamentalmente tres vertientes o aspectos:

1.- Por una parte hablamos de diagnóstico etiológico: frente a una persona enferma, hay que responder a la pregunta: ¿qué tiene?, apuntando no a un mero criterio descriptivo sino buscando la causa. Las técnicas para su realización son:

- Evaluación clínica: la semiología habitual.
- Estudios citogenéticos o también llamados cromosómicos, que se hacen en el laboratorio y con el microscopio.
- Estudios moleculares que se hacen en el laboratorio y sin el microscopio, con técnicas diferentes, porque apuntan a la exploración del contenido íntimo de los cromosomas, es decir del ADN. Este ADN tiene un nivel óptico submicroscópico que no podemos visualizar con el microscopio óptico.

Los objetivos de esta técnica son el diagnóstico etiológico para la orientación terapéutica y el asesoramiento genético. Una vez definido lo que tiene el paciente, la terapéutica procura ver cómo se lo trata, cura, sana y mejora. El asesoramiento genético es un proceso sobre el cual no voy a entrar en profundidad pero que apunta a establecer riesgos de recurrencia en términos generales conceptuales, riesgos de recurrencia en el núcleo familiar y medidas preventivas consecuentes.

2.- La otra vertiente del diagnóstico posnatal es la determinación de portador sano.

Hoy en día es frecuente que se solicite, que esté indicado o que se haga un estudio de individuos sanos que están portando dentro de sí alteraciones del material genético, lo que habitualmente se conoce como mutaciones, que pueden significar un riesgo alto de enfermedad para la descendencia.

Las técnicas son fundamentalmente el análisis genealógico, el conocimiento de la estructura del núcleo familiar, de los lazos biológicos entre los individuos, de la forma de unión genealógica entre los individuos que componen el grupo familiar. También estudios de tipo citogenéticos y estudios moleculares.

Los objetivos de la determinación de portador sano son la estimación de riesgos para la descendencia y la prevención.

3.- La tercera vertiente del diagnóstico posnatal tiene que ver con la determinación de probabilidades de enfermar, y esto es relativamente nuevo.

Nuevamente estamos frente a la necesidad de un análisis genealógico minucioso y nos basamos fundamentalmente en estudios moleculares, con el objetivo de establecer una predicción y una prevención.

Un individuo puede tener cierta predisposición al cáncer de mama en algún momento de su vida, mayor de la que tiene la población general, precisamente porque en su familia - primer punto evaluación de los antecedentes genealógicos - se detectan muchos casos de cáncer mamario. Esto se puede estudiar, cuantificar, predecir y eventualmente (en caso de cáncer mamario, de colon, etc.) prevenir.

Hay ciertos presupuestos que es fundamental no olvidar: por una parte, tener genes que predisponen a enfermar no significa tener enfermedad; por otra, carecer de estos genes tampoco significa riesgo cero de enfermar.

La siguiente diapositiva nos muestra un gráfico de lo que son conceptualmente las técnicas que nos permiten acercarnos al conocimiento de la condición genética de una persona durante la vida intrauterina. A este campo lo llamamos **diagnóstico prenatal**. El diagnóstico prenatal significa la evaluación de las condiciones de salud o enfermedad de un individuo durante la vida intrauterina. Esto se parece bastante

más a un chequeo de salud porque, como veremos después, en la inmensa mayoría de casos uno termina diagnosticando salud y no enfermedad.

A través de estudios de tejidos extraembrionarios que son buenos indicadores del estado biológico del embrión, las técnicas apuntan a conocer precisamente dicho estado.

La **biopsia de corion o placenta** es una de las técnicas que nos permite, mediante una punción en el primer trimestre de gestación, tomar células para estudiar y predecir cuáles son las células que tiene el embrión.

A su vez la **amniocentesis**, consiste en llegar hasta la cavidad amniótica, tomar una muestra de líquido y estudiarla.

Un poco más tardíamente podemos hacer lo que se llama **cordocentesis**, que es punzar el **esbozo** del cordón umbilical y directamente obtener células de circulación sanguínea fetal, y estudiarlas.

Finalmente existe una técnica mucho menos empleada que es la **fetoscopía**, que es la observación directa, a través de una óptica endoscópica.

Estos son distintos métodos y técnicas de diagnóstico prenatal que nos permiten en un primer, segundo y tercer diagnóstico, acercarnos al conocimiento de la condición intrauterina.

De las tres técnicas fundamentales en uso hoy en día para el conocimiento de la condición fetal, tenemos dos de las mencionadas, la biopsia de corion y la amniocentesis, que nos permiten conocer la constitución genética íntima del embrión y del feto, tanto de sus cromosomas, es decir el *cariotipo*, como de sus genes, su ADN, es decir, el *genotipo*.

Pero también tenemos hoy en día el recurso de diagnóstico por imágenes, como la **ecografía**, que nos permite acercarnos al conocimiento de lo que es el *fenotipo*, es decir, la apariencia externa del individuo por nacer.

Los objetivos son, pues, el fenotipo, el genotipo y el cariotipo.

¿Cuáles son los riesgos de estas técnicas intervencionistas?

Digamos que de las técnicas invasivas, como la biopsia de corion y la amniocentesis, el riesgo es no mayor de 02 % en manos idóneas. Hay otros riesgos que tienen que ver con la capacidad de quien está leyendo al microscopio o en la placa de corrida en el laboratorio los resultados e interpretando lo que significan tales resultados. Porque

también hace falta excelencia para una correcta interpretación e informe de los resultados de los estudios realizados sobre células indicadoras del estado embriofetal.

¿Cuáles son los riesgos de aborto secundario cuando hay un diagnóstico prenatal?

En el 4,50 % de los casos en el que el diagnóstico prenatal está indicando una patología en el embrión o en el feto, el aborto secundario inducido en función de este diagnóstico patológico es alto.

Esto quiere decir que no todos, pero sí una gran mayoría, llegan a un aborto secundario. No corresponde hablar de “abortos terapéuticos”. Aquí no hay terapéutica ni nada: es un aborto inducido. Pero en el resto en el 95.5 % de los casos restantes, en que el diagnóstico prenatal arroja resultados normales, el riesgo de aborto secundario es prácticamente nulo, no existe. En estos casos casi siempre un diagnóstico prenatal normal es garantía de prosecución del embarazo en curso.

Ahora vamos a pasar a lo que se llama **diagnóstico preimplantación**, que en los últimos tiempos es el mal llamado - yo diría maliciosamente llamado - diagnóstico pregestacional.

El diagnóstico preimplantación consiste en una evaluación del embrión en estadios muy tempranos del desarrollo, para el diagnóstico de enfermedades. Esto ya es un poco diferente de aquel chequeo de salud del cual hablábamos en el diagnóstico prenatal, pero la diferencia es de matices.

Cualquiera de las técnicas empleadas para hacer un diagnóstico en etapas embrionarias muy precoces implica necesariamente la realización de técnicas de fertilización *in vitro*. Este es ya un primer punto fundamental de diferencia.

Se requiere técnicas de fertilización *in vitro* en las siguientes técnicas:

- **Biopsia del primer cuerpo polar**, es decir, de una célula que se desprende del ovocito y que nos permite conocer o inferir determinados aspectos de la constitución genética del ovocito.
- **Extirpación de blastómeras** en el estadio octavo del embrión (posiblemente esta sea la técnica más empleada hoy en día). De estas ocho células que tiene el embrión, se toma una con una pinza de biopsia y se la analiza. Como el embrión tiene una capacidad de reparación enorme, esas siete células restantes prosiguen el desarrollo normal del embrión.
- **Lavado uterino** y rescate de estos embriones tempranos, cuando el embrión tiene cien o trescientas células.

En cuanto al riesgo de muerte embrionaria por la aplicación de la técnica en sí, no hay cifras del porcentaje, pero seguramente debe ser alto.

El riesgo de daño embrionario cuando se toma por ejemplo una célula del embrión para el estudio, posiblemente sea muy bajo, ya que el embrión tiene una capacidad de recuperación enorme. Pero el gran riesgo es lo que yo llamo el *descarte embrionario*, que es siempre alto, ya sea por las técnicas de fertilización *in vitro* en primera instancia, o por los resultados que responden generalmente a riesgos altos de aparición de enfermedades.

En esta filmina vemos cómo con una pinza que sostiene un embrión de ocho células, y con una pipeta, se toma una célula. Aquí ya la tenemos dentro de la pipeta para su estudio. Esta es una técnica de biopsia embrionaria preimplantación, en un estadio de ocho células.

Finalmente, la última filmina nos indica que, en términos generales, para el diagnóstico posnatal, la aplicación de las técnicas de diagnóstico posnatal no implica violación del respeto por la dignidad de la persona cuando se ejerce una praxis en consonancia con los principios de la bioética.

Con respecto al diagnóstico prenatal - y creo que esto va abrir una debate a la tarde - tampoco implica violación del respeto de la dignidad de la persona ni manipulación embrionaria cuando se ejerce una praxis en consonancia con los principios de la bioética.

El médico en cuanto tal - y esto es esencial - no puede apelar a la muerte - es decir, al aborto inducido - como alternativa de la enfermedad fetal. De modo que aquí el eje de la cuestión pasa por las conductas secundarias al procedimiento, sobre todo cuando existe un diagnóstico de patología.

Con respecto al diagnóstico preimplantación, mal llamado en los tiempos actuales diagnóstico pregestacional, desde mi punto de vista personal (y esto puede ser discutido y objetable) significa un atropello a la vida de la persona, porque implica manipulación embrionaria, ya sea por fertilización *in vitro* como por biopsia propiamente dicha.

Muchas gracias.

III

Ponencia del Dr. Cristián García Roig

Vamos hablar unos minutos sobre el desafío que significó y significa para la pediatría enterarse durante la gestación de que el niño tiene impedimentos, y una vez nacido ese niño, enfrentará esa realidad, y ver qué podemos hacer por él, por su familia y, en definitiva, por la sociedad.

Este tema ha generado diferentes conductas, no desde ahora sino desde todos los tiempos.

El recién nacido con impedimentos pone en juego y moviliza a la familia, al médico y a toda la sociedad. Precisamente porque surge la pregunta de qué hacer con estos chicos, qué ofrecerle y cuánto cuesta ofrecerle tales cosas. A lo largo de la historia ha habido diferentes respuestas que resulta interesante repasar: desde llevar a esos niños hasta un cerro y precipitarlos, como se hizo una época en Grecia, hasta usar toda la tecnología médica para hacer sobrevivir chicos que estaban prácticamente muertos.

Ofreceremos una pequeña reseña de los factores que pueden determinar que un recién nacido sobreviva o no; esto se ha modificado sustancialmente en los últimos veinte años. La edad gestacional es uno de los primeros factores; también el peso del bebé: ahora se atiende microprematuros de menos de 1.000 gr.

Los problemas respiratorios fueron uno de los obstáculos para la supervivencia de los bebés (veremos cómo se ha progresado en esta área). Se detectan asimismo malformaciones para cuyo tratamiento es posible hacer intervenciones intrauterinas o bien después del nacimiento. Por último existen algunas enfermedades, especialmente de infección, que modifican sustancialmente la sobrevida del recién nacido.

En relación con las posibilidades de sobrevida, les aclaro que cuando yo empecé mi residencia, hace unos veinte años, si nos nacía un chiquito de 34 o 35 semanas, las posibilidades de ofrecerle algo eran muy bajas. Pero hoy un chico de 23 semanas tiene de un 10 a un 35 % de posibilidades de sobrevida; y si tiene 26 semanas, sus posibilidades de sobrevida oscilan entre el 80 y el 90 %. Vale decir que, en veinte años, la medicina ha hecho muchísimos avances y modificó sustancialmente la expectativa de vida del prematuro. Ello generó, por otro lado, lo que el doctor Giannantonio llamaba la “*nueva patología*”: enfrentar los desafíos que plantean y plantearán las discapacidades que traen consigo estos chicos que sobreviven.

Obviamente, el hecho de que el bebé sobreviva significa también que tenga serios riesgos de hemorragia intracerebral y problemas pulmonares crónicos como la displasia broncopulmonar.

La edad gestacional trae también aparejados **riesgos de incapacidades** que podemos dividir en leves o graves.

Las leves tendrán que ver con su actividad escolar en cuanto a comprensión de la matemática, la lectura, la motricidad fina etc. Pueden ser tratadas desde el inicio y se logra una buena adaptación del chico.

Las graves exigen mucho más esfuerzo por parte de los padres y de la medicina, para recuperar en el área motriz e intelectual chicos que quedan con daño severo después de sobrevivir la etapa perinatal.

Las estadísticas que tenemos aquí nos dan una idea del porcentaje de chicos que pueden sufrir una incapacidad grave si nacen, por ejemplo, a las 26 semanas. Si los chicos de 26 semanas tienen una sobrevida del 80 %, eso significa que el 20% mueren, el 64 % serán sanos y el 16% tendrá alguna incapacidad grave.

¿Qué hizo la medicina para modificar la expectativa de vida y la calidad de vida de estos chicos?

- **Desarrollo de la cirugía intrauterina.** Esta cirugía apunta a corregir lo que el análisis ecográfico-genético muestra, como, por ejemplo, malformaciones del aparato urológico, hidrocefalia y otras enfermedades que se están tratando intraútero, muchas de ellas con éxito. Es un avance espectacular de la medicina lograr que un chico que traía una malformación se trate intraútero y nazca con el problema corregido o parcialmente corregido.
- Ante la inminencia del nacimiento de un bebé antes de tiempo, se puede **inducir la maduración del pulmón a través del uso de corticoides y otras drogas.** Así se ha logrado que estos chicos tengan menos necesidad de respiradores y otras sustancias para mejorar su adaptación respiratoria, tema clave para el futuro de ese bebé.
- **La asistencia respiratoria mecánica.** En este campo se produjo un vuelco fundamental en los últimos veinte años. Un presidente de los EE.UU. había tenido un hijo prematuro que no pudo sobrevivir por insuficiencia respiratoria, dado que tenía un pulmón inmaduro. A consecuencia de ello se impulsó desde el gobierno un estudio exhaustivo de las posibilidades de asistir la respiración de los chicos, lográndose en estos últimos veinte años un avance tecnológico espectacular en diferentes áreas de la asistencia respiratoria. Esto ha hecho que

hoy contemos con aparatos muy sofisticados y computarizados que ya interpretan no sólo lo que el médico les indica, sino que también reciben la información del paciente e interactúan con el paciente controlando su respiración o ayudándola, ejercitándolo para poder salir del respirador y respirar por sí mismo.

Dijimos que el tema respiratorio era clave. El estudio de los bebés que fallecían prematuros demostró que en ellos había deficiencia de una sustancia llamada **sulfatante**. Esta permite que el pulmón se mantenga abierto e intercambie aire. En los últimos años se sintetizó esa sustancia. Así pues a los bebés prematuros se les infunde sulfatante cuando sufren insuficiencia respiratoria. Esta medicación, más el respirador, permite superar la insuficiencia respiratoria y sobrevivir.

Pero esta no es la única modalidad de rescate respiratorio. Hay diferentes modalidades, incluso el agregado de gases como el óxido nítrico. Estos estudios obtuvieron el Premio Nobel hace dos años. Pues bien, con este recurso se permite mejorar la llegada de la sangre al pulmón y mejorar la oxigenación de los chicos.

En última instancia se ha ideado con éxito, pero en circunstancias especiales, la oxigenación extracorpórea, que significa colocar un circuito paralelo al cuerpo que permita oxigenar al chico sin necesidad de sus pulmones. Se trata de oxigenar al chico - e incluso remplazar sus riñones si fuese necesario - mientras el pulmón del chico madura y para evitar que el respirador lesione más ese pulmón. Vale decir, se instala todo un sistema paralelo al chico que le permite respirar por él, incluso funcionar como riñón y darle tiempo para que su organismo, que nació antes de tiempo o con una determinada enfermedad, pueda superar esa situación.

En el área neonatal esta estrategia de la circulación extracorpórea es donde más resultados ha dado, con una sobrevida superior al 80 % de los chicos que han entrado con una indicación adecuada.

Dijimos que uno de los riesgos que tenían los chicos para su sobrevida era el de las malformaciones. En este campo se ha avanzado mucho, a tal punto que ya existen no cirujanos pediatras sino cirujanos neonatales dedicados específicamente a tratar algunas patologías potencialmente fatales en el neonato, tales como algunas malformaciones del corazón, la transposición de grandes vasos, etc. En estos casos la cirugía precoz neonatal permite a estos chicos sobrevivir muy bien.

Hay también cirugía digestiva, urológica y del sistema nervioso central, que permite no sólo sobrevivir sino sobrevivir con un muy buen pronóstico.

Todos estos riesgos que tienen los chicos con impedimentos y los adelantos de la medicina en dicha área han generado, obviamente, muchas controversias. Uno de los

entes más importantes en la pediatría, la Academia Americana de Pediatría de los EE.UU., sugiere, frente a todas estas enfermedades y con toda esta tecnología y conocimientos disponibles, que las decisiones no se tomen basándose en estadísticas generales sino en base al caso particular y concreto. Precisamente porque chicos que aparentemente no tenían ninguna posibilidad demostraron que sí las tenían, o viceversa.

El camino de la medicina, como lo advirtiera mi colega, no depende de un solo factor, sino también de otros tales como los ambientales, el cariño, etc., que no son mensurables. En neonatología, las decisiones frente a los impedimentos deben ser individualizadas, deben ser tomadas con los padres, con los médicos y en base también a los recursos disponibles, para que así la decisión tomada respete la dignidad del hombre.

Muchas gracias.

Preguntas de los participantes:

- *Soy la Dra. Lugones, del Hospital Italiano de Bs. As., ginecóloga. La pregunta es para la Dra. Martínez. Usted dijo que la biopsia de corion y la amniocentesis tienen el mismo riesgo y eso me llamó poderosamente la atención. Me parece extraordinario el bajo riesgo que usted adjudica a la biopsia de corion. Obviamente las cosas se han modificado mucho con los años. Quisiera que aclarara en qué momento del embarazo sugiere que se haga esta biopsia de corion.*

Sí; las cifras de riesgo de la biopsia de corion y de la amniocentesis son las mismas; no hay diferencias significativas. Ahora bien, se trata de riesgos distintos: el riesgo de la biopsia de corion es riesgo de aborto; el de la amniocentesis es riesgo de aborto y/o pérdida crónica de líquido amniótico, lo que significa mal pronóstico en algunos casos para el bebé que va a nacer.

Los riesgos son muy bajos en ambos casos. Personalmente yo prefiero la biopsia de corion y no la amniocentesis, simplemente porque la biopsia de corion no implica entrar en el ámbito más íntimo del bebé, que es el amnios.

Las cifras que he dado están tomadas de estudios estadísticos de casuística propia. Estas cifras emanan de un universo de seis mil casos de diagnóstico prenatal hechos por mí y coinciden con las de otras estadísticas de otras observaciones realizadas con dos criterios fundamentales, sin los cuales no se puede trabajar: uno es el estudio cuidadoso de las indicaciones y, el otro, el estudio cuidadoso de las contraindicaciones.

Con respecto a la fecha de realización, siempre hay un más o un menos que medir para cada caso en particular. Pero yo no aconsejo jamás hacer la biopsia de corion - por razones de riesgo y no precisamente de riesgo de aborto - antes de la semana 12 desde la fecha de la última menstruación. Puede haber diferencias de criterios. Esta semana 12 se obtiene a partir de fecha última de menstruación o por ecografía. Si hay que elegir, es siempre por ecografía: uno se guía por el tamaño del embrión.

- *¿Qué operaciones del sistema nervioso central se realizan?*

Se intervienen en caso de hidrocefalia meningocele, etc. Se realizan otras cirugías de descompresión del tronco cerebral ante determinadas malformaciones. En general son de derivación de líquido raquídeo que se acumula en la cabecita, mediante catéter.

- *Mi pregunta es muy sencilla. No soy médica. A la doctora Martínez: Usted mencionó que en el caso de patologías genéticas no siempre el determinante es exclusivamente genético*

sino que también hay una carga ambiental. En el caso de una persona con síndrome de Down, ¿cómo se determina esa causa ambiental?

Cuando hablo de causa ambiental me refiero a una serie de factores ambientales que actúan sumatoriamente a lo largo de la vida. Tomemos, por ejemplo, el caso de la hipercolesterolemia familiar. Un individuo puede tener genes para tener el colesterol alto, colesterol malo alto, circulando en sangre, y sin embargo mantener una conducta adecuada de alimentación y estilo de vida a lo largo de los años, lo cual lo ayudará a prevenir los riesgos de una hipercolesterolemia genética.

En el caso del síndrome de Down, que justamente tiene la característica de ser una enfermedad fundamentalmente genética - no como la que mencioné antes, la hipercolesterolemia, llamada *multifactorial* - podemos tener dos chicos con la misma constitución genética, con el mismo cromosoma 21 de más en ambos casos. Uno, a lo largo de la vida, desde antes del nacimiento - en que se le dispensa una buena nutrición prenatal - hasta el resto de sus días será un chico bien alimentado, bien atendido, querido, aceptado, estimulado, cuidado y educado. El producto final va a ser muy distinto de ese otro que también tiene la cromosomía 21 pero no tuvo todas estas condiciones ambientales: Vale decir, es la persona y no el cromosoma 21.

- *Soy la Dra. Milano, pediatra. Una pregunta para la Dra. Martínez: En cuanto a su experiencia con los diagnósticos prenatales, en cuanto a la incidencia de abortos, ¿se informa adecuadamente a los padres con mira a un consentimiento informado?*

Bueno, en términos generales, sí, yo le puedo contestar que en nuestro grupo de trabajo, en nuestra institución, se realiza de modo absolutamente cuidadoso y prioritario. Sin un consentimiento informado no se hace un diagnóstico prenatal por más colega que sea nuestro paciente y conozca todas las cuestiones.

El consentimiento informado es un compromiso recíproco. No sólo implica informar al paciente de cómo serán las cosas con una finalidad preventiva de una eventual acción de mala praxis o complicación, sino además un compromiso por parte del médico de qué es lo que va a hacer y hasta dónde va a hacer y cuáles son los riesgos.

Repito entonces que es un compromiso recíproco. Por eso creo personalmente - y esto se hace por lo menos en nuestro grupo de trabajo - que el consentimiento informado debe ser hablado en una o varias sesiones, entregado por escrito, firmado por ambas partes y ser conservado por el médico y el paciente. Esta es una opinión personal y puede ser discutida, pero es lo que pienso.

Segundo panel

Introducción

Dra. Elena Lugo

Con este panel quiero presentarles un esquema en el cual se compara lo que en ámbitos clínicos se llama *planificación natural* con otro que, igualmente en ámbitos clínicos, se designado *control de natalidad*. Lo haré a modo de introducción y motivación. Así pues, anticipándome un poco a los expositores, veremos si es cierto que en la planificación natural predomina la paternidad responsable, el respeto a la vida, la fundamentación en las dimensiones propias de la persona, el respeto de la fecundidad como signo de generosidad y un control que se concibe como autodisciplina.

Esta concepción contrasta con la que propicia el control anticonceptivo. Este control habla de derechos y salud reproductiva. Como argentina, tengo mis dudas sobre lo que se entiende por salud reproductiva en ciertos ámbitos de nuestro país. En efecto, hay quienes al referirse a salud reproductiva no aluden ni a salud ni a reproducción, sino más bien ponen énfasis en lo artificial, en la intervención técnica en procesos naturales, manipulan la sexualidad, pretenden controlar la libertad de la naturaleza.

Para la planificación natural, la sexualidad es cultivo de la comunión y fecundidad centrada en el amor de los esposos; la autonomía es autonomía responsable para conocer y respetar la naturaleza; la responsabilidad consiste en reconocer y analizar las alternativas, optando por lo mejor que apunte al bien integral de las personas en la familia; la autoeducación reviste importancia a nivel individual y social; la abstinencia periódica voluntaria es parte de un estilo de vida que añade encanto al amor, otorga a ambos cónyuges el máximo de conciencia de su fertilidad y hace al varón más consciente de la riqueza, más admirador y más respetuoso del ciclo de la fecundidad femenina; la paternidad responsable es cultura del ser y del valer, es amor como servicio y respeto a la vida.

Frente a esta visión de la sexualidad tenemos otra no tan alentadora: la sexualidad de carácter utilitario, concebida como dimensión impulsiva y elemento de consumo; la autonomía individualista que pretende gozar de la naturaleza con el mínimo de responsabilidad ante sus consecuencias; la responsabilidad que se limita a optar por el método eficaz para evitar el embarazo, con cierto permisivismo, naturalismo y espontaneidad de los deseos.

I

Ponencia del Dr. Luis Jensen

En cuanto al desafío de vivir los métodos naturales, en primer lugar hay que decir algunas palabras sobre diferentes términos que se citaron y citarán.

- *Control de la natalidad* es un concepto demográfico que por ahora no nos interesa.
- La expresión *planificación familiar* designa la estrategia que usan los distintos gobiernos o instituciones para implementar el control de la natalidad. Se trata de un macroobjetivo que procura diferenciar la posición católica de la no católica, en el sentido de que nosotros hacemos también planificación familiar, pero una planificación familiar a través de métodos naturales. Vale decir entonces que la diferencia está en el método aplicado.
- La inmensa mayoría de las persona conoce los *anticonceptivos*, que son técnicas de métodos anticonceptivos. Muchas veces se confunde a los mismos con el uso de métodos naturales, como el anticonceptivo natural.

Después de treinta años de implementación en el mundo, esta línea de pensamiento de control de natalidad, planificación familiar y anticoncepción ha llegado a plantear los derechos reproductivos y los derechos sexuales.

Nosotros, en cambio, hablamos fundamentalmente de *regulación de la fecundidad*. Nuestras técnicas con los métodos naturales son técnicas que permiten a los cónyuges regular o administrar la riqueza que es la fecundidad, para poder ejercer, para poder hacer vida la paternidad responsable.

Cuando hablamos de **paternidad responsable** estamos hablando de una misión de los esposos. Esto nos exige, en primer lugar, entender claramente qué es paternidad.

Paternidad es normalmente capacidad de ser autor de vida, conductor y servidor de la vida etc. Precisamente la palabra “autoridad” proviene de “autor”. De manera que paternidad es transmitir vida. Hoy en día, cuando uno habla de paternidad responsable, todo el mundo entiende algo así como “cómo hacer para no tener más hijos”, que es justamente lo contrario de lo que es la genuina paternidad.

Hablamos de paternidad... *responsable*. Para el común de la gente la responsabilidad es usar un método eficaz para no tener hijos. Sin embargo cuando se eligieron estos términos se pensó en el verdadero concepto de responsabilidad. Por tal entendemos ponderar todo lo que se debe tener en cuenta para poder en cada caso optar por el bien. Para poder ser responsable hay que ser libre; libre para optar, para responder en forma total, adecuada, etc., a lo que se nos está exigiendo.

Lo que está en juego en la paternidad responsable es nuestra *capacidad de transmitir vida*. Sabemos que esa vida se transmite a través de una relación sexual. De manera que en cada acto humano, cada acto conyugal debería ser plenamente un acto personal, un acto humano que nos pone en contacto con lo más central de nuestra vocación: la paternidad o maternidad, la vocación al amor; que nos pone en contacto con lo más esencial del hombre: la libertad para amar.

Esto es lo que está detrás de la paternidad responsable y por lo tanto en la vida matrimonial tenemos que tomar cada vez más en cuenta a toda la persona, para integrar plenamente lo biológico, lo psicológico (que tiene que ver con el impulso sexual), lo sociológico (que tiene que ver con las condiciones para concebir o no un hijo) y la ética, ese despertador interno que nos dice qué debemos hacer.

Por razones de tiempo nos vamos a detener en lo biológico y un poco en lo psicológico. El resto lo verán más adelante en la exposición de la Hermana.

En cuanto a los métodos naturales de regulación de la fecundidad, ya en la década del 40 se desarrolló el método de la temperatura basal. Este se fundamenta en un hecho biológico: cuando se produce la ovulación sube la progesterona y la temperatura refleja la secreción de esta hormona. Como la ovulación ocurre una sola vez en el ciclo la mujer, es un hecho objetivo, cuantificable, mensurable, se puede conocer que ya se produjo la ovulación, y por lo tanto en el postovulatorio se tiene la certeza absoluta de que no se va a producir un embarazo.

Este es el método más seguro que existe, reconocido por la Organización Mundial de la Salud. Ahora bien, presenta el problema de que hay que tomarse la temperatura y no nos brinda ninguna información en el preovulatorio. Pero lo importante es que se basa en un hecho objetivo, cuantificable, mensurable. Los métodos naturales modernos se basan en hechos biológicos, no en un pronóstico ni cálculo como normalmente se entiende el método de **Ogino**, que es el que comúnmente se critica cuando se habla de métodos naturales.

En la década de 1950 el **Dr. Billings** comienza a desarrollar el método de la ovulación, que complementa el método de la temperatura en el sentido de que nos da información sobre el preovulatorio, sobre cuándo se puede producir la concepción.

Hoy en día se sabe que la mujer, cuando esta fértil, secreta esta mucosidad que refleja la secreción de estrógeno. El estrógeno es una hormona secretada en el ovario antes de la ovulación. Esta mucosidad es la compuerta y de alguna forma también la aspiradora de **espelmios**. Si la mujer se observa día a día sabrá la longitud de sus ciclos, la regularidad o irregularidad de su biología; cuándo está fértil y cuándo infértil. Se exige pues una observación permanente.

Quiero mostrarles una foto de microscopio óptico de la mucosidad que es el síntoma que permite a la mujer detectar la fertilidad. Cuando a una mujer en estado de infertilidad se le toma una muestra de mucosidad del cuello y se la pone en el microscopio, se ve esta imagen. Parece un verdadero corcho. Si se fijan, el cuello está completamente cerrado; por ahí no pasa nada; vale decir, los **espelmios** se quedan en la vagina. El cuello cerrado y la vagina con una acidez extraordinariamente alta. En cambio los espelmios tienen un PH levemente alcalino. Por lo tanto aquí a los espelmios les ocurre algo similar a lo que con la clara de huevo cruda en sartén caliente: en pocos instantes se cuece la proteína, se degrada, cambia de consistencia. Algo similar pasa con los espelmios a nivel de la vagina.

En cambio, cuando ya comienza la fertilidad, empieza a aparecer aquí esta estructura como de helecho...

*En esta otra imagen es más evidente aún. En esta otra era todavía bastante impermeable. Pero aquí ya está abierto, ya la mucosidad se volvió permeable al paso de los **espermias**. La mujer detecta entonces la fertilidad.*

Cuando ya está completamente fértil, lo que cambia es la característica de la mucosidad. Vean que la compuerta está completamente abierta, y esto visto en microscopio electrónico. Se trata de microcapilares que succionan a los **espelmios** una vez que estos se desplazan desde el extremo (donde detecta la mujer esta fertilidad, a nivel de los genitales externos) hasta el cuello (donde los **espelmios** pasan después por todo el proceso del cual se hablaba en la primera ponencia: capacitación, potenciación, alimentación, etc.)

De manera que esta mucosidad funciona a modo de válvula. Una vez que la mujer empieza a secretar progesterona, se produce la ovulación, vuelve a secarse y constituye el tapón mucoso que acompaña todo el embarazo, impermeabilizando el útero, manteniéndolo completamente cerrado.

No se olvide que lo que aquí está en juego, lo que estamos viendo detrás de esta mucosidad, es la posibilidad de una vida. Para que ocurra esta vida no sólo es necesaria la biología de lo que estábamos viendo recién, la dimensión hormonal, biológica, sino que, en nuestra calidad de personas, tenemos también la dimensión sociológica, y dentro de esta última hay un tema que es el **impulso sexual**. Este forma parte de lo más propio de nuestro ser, es constitutivo, se halla a nivel de nuestras pulsiones, es lo que nos lleva a la unión con el otro.

De manera que para poder usar métodos naturales en forma correcta primero hay que experimentar lo que estábamos diciendo. No basta que lo sepa yo, sino que, en primer lugar, es necesario que cada mujer sepa cuando está fértil. En segundo lugar,

como esposos debemos recordar que lo que genera la unión conyugal es ese impulso sexual. Por lo tanto tenemos que conocerlo y educarlo y eso es algo que nuestra cultura y nuestra sociedad no quiere hacer.

Hay distintas definiciones del impulso sexual. Una que considero especialmente útil es la siguiente: entender el impulso como una necesidad del otro visto como persona. Porque hoy se reduce el impulso sexual sólo a una necesidad, pero del cuerpo material del otro, o bien de los genitales del otro.

Esta necesidad en el ámbito conyugal exige que el otro tenga la capacidad de satisfacer la necesidad, sino sería un mundo egoísta, que es lo que hoy estamos viviendo. De manera que parte del impulso sexual fundamental es esta capacidad de satisfacer al otro y acá tenemos un problema pedagógico: normalmente es muy fácil saber lo que yo necesito y aspirar a satisfacer lo que necesito; pero es muy difícil saber de lo que soy capaz y realizarlo. Ello requiere una educación.

Ahora bien, esta necesidad y capacidad son para algo específico: **la complementación mutua**. Hoy la relación entre hombre mujer no se entiende como una complementación sino más bien como una lucha, una competencia entre uno y otro. No se aspira a la construcción del nosotros, que es lo que satisface plenamente este impulso sexual. No basta con conocer el impulso: hay que estar dispuestos a educarlo; y educar el impulso significa incorporarlo como parte de este lenguaje extraordinariamente rico que es la sexualidad, para que la sexualidad realmente exprese lo más importante en nuestra vida, lo que más nos realiza: amar.

Una cosa es conocer la fertilidad y otra es la **abstinencia sexual**. Para practicar la abstinencia, esta debe estar fundamentada en el respeto a la fertilidad.

En la actualidad la ciencia conoce la fertilidad pero la manipula. Nosotros creemos que es fundamental educar a la persona en el respeto a la fertilidad. Considerar la fertilidad como una ley de transmisión de la vida, como algo propio del otro y como una riqueza de ambos cónyuges. Y recordar que detrás de la fertilidad está la vida.

Según mi experiencia, esta abstinencia, que es lo que menos se conoce de los métodos naturales, y lo que parece ser lo más negativo, es lo mayor riqueza de los métodos naturales. Porque es una abstinencia que nos permite tomar conciencia de que la fertilidad es nuestra, de ambos; tomar conciencia de la riqueza del impulso sexual y de que estamos llamados a ser padres; que esa es nuestra vocación fundamental.

La competencia actual entre los sexos hace pensar que la mujer, en quien se producen todos estos procesos de los que hablamos, pretende tener el poder, el dominio de su

sexo, transformándolo, compitiendo con el hombre y queriendo ser igual a él. Y así elimina lo más rico que ella tiene: su capacidad de ser madre, la fertilidad.

Esta sexualidad, este ser varón o mujer, está orientado a la alianza matrimonial, por la cual constituimos un consorcio, vale decir, ambos corremos la misma suerte para toda la vida. No sólo la vida desde que me caso hasta que me muero, sino la vida desde que me levanto hasta que me acuesto cada día, y en todos los aspectos que hacen a la persona.

La alianza matrimonial fundada en ese impulso está ordenada, por su propia índole, al bien de los cónyuges. Vale decir, esa capacidad de amar que aquí está en juego, que se canaliza en la generación y educación de la prole, es lo que va a hacernos felices, lo que nos realizará como personas. En suma, el amor tiene siempre esas dos vertientes: comunión y fecundidad.

Si nos atrevemos a plantear este desafío es porque no estamos solos; porque este amor natural del que estamos hablando es tan serio y rico que ha sido elevado a sacramento y por lo tanto tenemos todas las gracias necesarias para vivir ese desafío.

Adán y Eva no fueron capaces de respetar lo que conocían e hicieron su voluntad en lugar de la voluntad del Creador. En materia de nuestra intimidad conyugal y de nuestra sexualidad podemos optar por lo que hizo Adán y Eva...

Luego del pecado original, Dios no se olvidó de su creación, sino que quiso restituirla plenamente, mucho más íntegramente, en este nuevo plano de la redención, el de Cristo y María. En él se nos indica el sacramento del matrimonio, se nos enseña cómo tenemos que amarnos los unos a los otros.

Lo característico de Cristo y María fue buscar permanentemente la voluntad del Padre y cumplirla. Eso es lo que está en juego detrás de lo que estamos diciendo. Cumpliendo Su voluntad mostraremos al mundo el rostro y las manos del Padre, para que todos puedan descansar en Dios con esa placidez del recién nacido, para que todos sepan, a través de nuestro amor, cómo es el amor de Dios.

Muchas gracias.

II

Ponencia de la Dra. Gloria Sánchez Zinny

Muchas gracias por esta oportunidad de compartir un rato con ustedes. Mi aporte es muy técnico. En efecto, no me referiré a la parte moral, sino solamente a la técnica.

Se denominan *métodos anticonceptivos* todos aquellos cuyos mecanismos de acción de algún modo alteran la fisiología de la reproducción. Es verdad que con el tiempo han ido cambiando los efectos adversos. Es más, entre el material que les diera para imprimir y el que traigo ahora hay algunos cambios. Ahora bien, en el fondo todos estos métodos anticonceptivos apuntan a distorsionar la función generativa. Vale decir que los efectos adversos físicos o psicológicos no han desaparecido en su totalidad.

La cuestión ética es si la paciente o usuaria ha de conocer todas las consecuencias que esos métodos le pueden acarrear, para adquirir o no, o ser usuaria o no de un método anticonceptivo. En general los métodos anticonceptivos requieren un estricto control profesional.

El orden que seguiremos es el siguiente: primero nos referiremos a los mal llamados métodos naturales, y luego a los métodos físicos de barrera y DIU, los químicos, hormonales y quirúrgicos.

Hablamos de “mal llamados” métodos naturales, porque tanto el coito interrumpido como el coito anal no son modos naturales de entrar en una relación matrimonial. Sin embargo históricamente se han usado como métodos anticonceptivos.

La mayor desventaja del coitus interruptus son los trastornos emocionales que terminan a veces en la impotencia en el hombre y en la frigidez en la mujer, y en la congestión pelviana que se produciría al faltar la descongestión anexa a la culminación del acto sexual. En el caso del coito anal, con la penetración se produce la efracción de la mucosa rectal y ello es causa importante de contagio de enfermedades de transmisión sexual, justamente por abrirse una puerta de entrada de microorganismos, en razón del mismo sangrado.

Los métodos de barrera, el diafragma y el preservativo, tienen efectos secundarios.

En cuanto al diafragma, puede generar alergia al látex o al espermicida que habitualmente acompaña su uso. **A veces, si no se emplea el espermicida que suele tener una acción bacteriana, se producen infecciones vaginales.**

Con respecto al preservativo, los efectos indeseados son la difusión entre los adolescentes de un pretendido “sexo seguro”, mientras que, en realidad, cuando los preservativos están bien usados, tienen un porcentaje del 80, 90 o más del 90 % de eficacia.

Aquí, a pie de página, se dice que son ineficaces en un 40%. Ello dependerá de la población de uso. ¿Por qué? Porque los adolescentes no tienen la misma disciplina que puede llegar a tener un adulto. Y así sucederá que no se lo pongan, que se lo pongan mal, que se salga, que se rompa, etc. Entonces se produce un rechazo psicológico. También en razón de quitar espontaneidad al acto matrimonial y alterar la relación personal, puede haber alergia y dificultar a la mujer llegar al orgasmo.

En cuanto al DIU, dispositivo intrauterino, lo podemos clasificar en medicados (contienen cobre o liberan hormonas) y no medicados. Estos últimos prácticamente no se usan. Con respecto a los otros, actúan produciendo una reacción inflamatoria en el endometrio (mucosa que tapiza la cavidad uterina). Por otro lado alteran el medio humoral, las secreciones que existen dentro del útero y de las trompas, y asimismo el mucus cervical.

Por todo ello la migración del espermatozoide, que se produce de un modo tan expeditivo con un mucus sano en el momento de la ovulación, se produce ahora con dificultad, también por las sustancias que se liberan, sobre todo el cobre, el cual posee una acción espermicida, y una acción tóxica para el ovocito, e incluso para el embrión que se acaba de engendrar, aunque todavía esté migrando por la trompa. Por otra parte, al alterarse ese medio y el endometrio, el embrión no encuentra un endometrio receptivo que permita la implantación.

Así pues, si bien no se discute la existencia de un efecto espermicida, decimos que existe también un efecto antiimplantatorio. Dos son los datos que nos respaldan para afirmar esto último:

- Si se pone un DIU enseguida después que una mujer ha tenido una relación sexual “no protegida” por un método anticonceptivo, se observa que no se producen embarazos.
- El único indicador mensurable que tenemos por ahora es la gonodatrofina coriónica. Esta es producida por el embrión. Pues bien, la gonodatrofina coriónica aumenta cuando el embrión se implanta. Hasta que el embrión no se implante no tenemos modo de medir esta gonodatrofina. Los estudios revelan que en algunos casos - muy pocos - hay gonodatrofina, lo que nos dice que en ciertos casos ha habido implantación. ¿Qué quiere decir todo esto? Que los DIU inertes y los provistos de cobre han sido en algunos casos compatibles con la fertilización y que en muchos otros el embrión no se ha podido implantar.

En los DIU con hormona nunca se ha visto esta elevación de la gonadotropina, pero sí señales de ovulación. Inferimos entonces que el DIU ha actuado también como antiimplantatorio.

No disponemos de datos para consignar en qué porcentajes hay embarazos con DIU. De momento no lo podemos saber; quizás dentro de un tiempo - y recurriendo a otros indicadores - podremos decir si hubo fertilización y no hubo implantación.

Efectos adversos

En cuanto a los efectos adversos, en este punto disponemos de más datos porcentuales. Una de las **alteraciones concierne al ciclo menstrual**: aumento del sangrado menstrual y del dolor en algunas pacientes, de un 4 a un 15%. ¿Por qué nos interesan? porque en los países en vía de desarrollo es muy común que las mujeres embarazadas padezcan anemia. Entonces, que estas mujeres en edad fértil sangren mucho entre un embarazo y otro, es un dato para considerar seriamente.

Otro problema son **las infecciones**, porque el DIU tiene un hilo que sale a través del cuello uterino hacia la vagina, que sirve para ver si está en su lugar o no. Los hilos antes eran de multifilamento y por lo tanto canal de ascenso de microorganismos. Ahora son de monofilamento; es más difícil que se produzcan infecciones, pero de hecho se siguen produciendo enfermedades inflamatorias pélvicas. Lo indicado en esos casos es retirar el DIU.

¿Qué es lo que más nos preocupa del DIU? Que hay **una incidencia de entre 0 y 3% de embarazos clínicos**. *Clínico* se llama al embarazo que se ha podido detectar por **BtaHcg** y por ecografía. Un embarazo que sigue su curso, pero con un riesgo de 50 al 60 % de aborto espontáneo si el DIU no es removido. A su vez, si se remueve el DIU es muy probable que nosotros provoquemos el aborto. También son más frecuentes los abortos sépticos, corre peligro el embrión en su desarrollo y se aumenta el riesgo de parto prematuro.

Existe asimismo **riesgo de esterilidad** secundaria por estas infecciones silentes de las que hablábamos hace un momento. Infecciones que quizás no se han diagnosticado en su momento y han producido una endometritis crónica, o la misma endometritis crónica se produce por la presencia del DIU, el cual provoca que esa mucosa tan delicada se vaya reemplazando por un tejido cicatricial, lo que produce secundariamente una esterilidad permanente.

Además en el mismo papel que trae el DIU se expone que es posible el **desmayo por bradicardia** en el momento de la inserción.

Los espermicidas generan efectos indeseados como **alergias y un posible efecto teratogénico**.

Los anticonceptivos hormonales

Hay diversos anticonceptivos de este tipo. Los contraceptivos orales actúan inhibiendo la ovulación, alterando el endometrio, haciéndolo no apto para una anidación, haciendo que el mucus cervical sea hostil al acenso espermático.

Los **preparados de larga duración** tienen fundamentalmente los mismos efectos pero no siempre inhiben la ovulación.

Se llaman **interceptivos** los utilizados enseguida después de una relación sexual. Apuntan a prevenir la implantación.

Se llaman **contragestivos** los que se usan en los primeros 50 días luego de producida la fecundación y que tienen un efecto directamente abortivo.

Sus efectos adversos: aumento del riesgo de enfermedad tromboembólica, no sólo venosa sino también arterial. Sorprendentemente los nuevos progestínicos son más agresivos en este terreno que los que veníamos usando de segunda generación. El riesgo aumenta para aquellas pacientes con hipertensión, fumadoras o mayores de 35 años. Provocan tensión premenstrual, depresión, alteración del metabolismo hidrocarbonado, aparición de diabetes en pacientes que tenían genéticamente esa predisposición.

Los progestínicos son muchísimo más potentes que la progesterona natural. Los niveles circulantes varían de mujer en mujer. Cada una de nosotras metabolizamos distinto. Los progestínicos provocan una mala absorción, porque se altera la secreción de las encimas pancreáticas. Se altera también el metabolismo lipídico. El equilibrio de los ácidos grasos se complica enormemente dado que las hormonas sintéticas compiten con la lipaza hepática. Se provoca pues una distorsión generalizada. El efecto es, en definitiva, negativo.

En cuanto a los carcinomas hormonodependientes, es un tema normalmente conflictivo para nosotros. **Podemos decir, por un consenso generalizado, que protegen contra el carcinoma de ovario y de endometrio.**

Con respecto a la patología mamaria, existe una enorme discusión. Hay trabajos multicéntricos a favor y en contra. Lo que se puede decir es que depende del tiempo de uso. Con el aumento de tiempo de uso aumenta el riesgo de que una mujer padezca cáncer de mama si es genéticamente propensa a ello. Si esta mujer tenía ya displasia con atipia, se detona la posibilidad de que aparezca un carcinoma.

En mujeres menores de 45 años que tienen períodos más largos de exposición a las hormonas sintéticas, el riesgo de carcinoma aumenta pasados los 7 años de uso. Esto es clarísimo. En las mayores de 45 años la aparición del riesgo es precoz.

Con 10 años de uso de anticoncepción hormonal se duplica el riesgo de cáncer temprano de cuello uterino. Aquí intervienen también otras variables como la promiscuidad, y después la aparición de melanomas. Se aumenta también el riesgo de los poco frecuentes tumores de hígado benignos y malignos.

Las hormonas sexuales disminuyen la inmunidad.

Entonces pasan aquí dos cosas: por un lado, el método por sí mismo no hace de barrera, con lo cual no estamos protegiendo de ningún modo contra las enfermedades de transmisión sexual y, por otro lado, la hormona baja la inmunidad, por lo cual aumenta el riesgo de enfermedad de transmisión sexual y de cáncer, que es lo que habíamos visto arriba.

Métodos quirúrgicos

Efectos adversos de la **ligadura tubaria** son la alteración de la circulación pélvica, lo cual produce congestión y ocasionalmente dolor. Su grave inconveniente es la irreversibilidad, ya que la microcirugía tubaria ofrece un porcentaje de eficacia del 20 al 25 %.

La **vasectomía** ofrece esta misma dificultad de la irreversibilidad, ya que la microcirugía presenta porcentajes más bajos de eficacia. Está asociada a un aumento de lípidos en sangre y a una mayor predisposición al infarto cardíaco y al cáncer de próstata.

En resumen, riesgo para el embrión: los DIU actúan previniendo la ovulación, interfiriendo el transporte de los espermatozoides o del ovocito y, en cierto porcentaje, bloqueando la implantación del embrión en el endometrio.

Aumento de riesgo para la usuaria de métodos hormonales: riesgo aumentado de enfermedad tromboembólica, riesgo aumentado de cáncer de mama, de cuello uterino, de melanomas que alteran el metabolismo hidrocarbonado y lipídico que alteran la inmunidad con el consiguiente aumento del riesgo de enfermedades de transmisión sexual y también de cáncer.

Con respecto al DIU, alteraciones del ciclo menstrual, mayor riesgo de aborto una vez anidado el huevo y - como decíamos más arriba - riesgo para el embrión.

Muchas gracias.

Dra. Elena Lugo

Muchas gracias por la riqueza de contenidos. Desde luego, una de las primeras intervenciones técnicas en la procreación humana es precisamente la anticonceptiva.

El enfoque hecho sobre procreación natural y reproducción técnicamente asistida prepara el terreno para la comparación del modo natural con el modo técnico.

La reproducción técnicamente asistida es también un procedimiento que compromete la dignidad de la persona, la dignidad de la relación matrimonial y la solidaridad familiar.

Las características de esta técnica son:

- Predominio de la eficacia del mecanismo biotécnico.
- Aislamiento de las dimensiones personales que implica la transmisión de vida.
- Diseño calculado dependiente de un quehacer técnico.
- El hijo es visto como producto de causas materiales y pericia de un técnico.
- Pérdida de muchos embriones en laboratorios.
- Manipulación del embrión como cosa .
- Intento de suplantar la naturaleza con la técnica de la medicina y no de asistir con la medicina a la naturaleza.
- Intervención de varios padres y madres.
- Intervención de donantes: posibilidad de hablar de adulterio técnico.
- Insistencia en el derecho de los adultos a procrear.
- Existencia de la madre huésped por contrato, con una visión pragmática del vínculo maternal fetal.

Estos casos parecen extraños, pero el Dr. Correa no los va a ilustrar magistralmente.

III

Ponencia del Dr. Jorge Correa Morales

El tema que trataremos ahora es el de los métodos de reproducción asistida y los riesgos que acarrearán.

La incapacidad de tener hijos propios toca un aspecto fundamental de la existencia humana. Por eso es un tema importante para ser considerado hoy, en esta Segunda Jornada de Bioética.

¿Cuándo decimos que la reproducción es asistida?

Cuando a través de ciertos procedimientos se favorece la unión del óvulo con el espermatozoide. Veremos cuáles son los pasos en cada uno de los procedimientos de reproducción asistida.

Aproximadamente un 10% de las parejas, al cabo de un año de búsqueda de embarazo, no lograrán conseguir el embarazo que buscan. De ahí que la *Asociación Americana de Fertilidad* diga que esterilidad es no haber podido concebir luego de un año de búsqueda de embarazo.

Por su parte, la *Organización Mundial de la Salud* nos dice que esterilidad es no haber concebido luego de dos años de búsqueda de embarazo. Esto se debe a lo siguiente: en el primer año de búsqueda de embarazo, el 10 % de las parejas no logran embarazo. Y en el segundo, aproximadamente la mitad de las que no consiguieron embarazo en el primer año lo van a conseguir en el segundo; la otra mitad restante será la que seguramente requerirá algún procedimiento de reproducción asistida para lograr un embarazo naturalmente.

Recordemos un poco la anatomía genital femenina. Aquí tenemos la vagina en un corte longitudinal, el útero, las trompas y los ovarios.

Luego de una relación sexual se deposita el semen en el fondo del saco vaginal. Ese semen va tener que salvar el mucus del cuello uterino, del cual nos hablaba el doctor Jensen, para ascender a la cavidad uterina y desde allí desplazarse a través de las trompas para buscar a este óvulo que ha ovulado el ovario. Será necesario que las trompas estén permeables en su porción proximal, para permitir que los espermatozoides pasen a la trompa; y en su porción distal, para permitir que esa trompa chupe, capte al óvulo durante la ovulación. En el tercio externo de la trompa se produce la fertilización.

Este huevo, este cigoto, irá migrando y aproximadamente al séptimo día se implanta en el útero. Esto es lo natural.

Veamos ahora cómo son las técnicas de reproducción asistida. A grandes rasgos, estas pueden ser clasificadas en **homólogas** o **heterólogas**: Serán homólogas cuando los espermatozoides y óvulos en juego sean los de la pareja en tratamiento, y heterólogas cuando se utilicen espermatozoides y/óvulos de mujeres o varones donantes.

Hay técnicas de reproducción asistida de baja, media y alta complejidad.

Baja complejidad

La inducción de la ovulación es aquella técnica por la cual a través de medicación que la mujer recibe por vía oral se estimula la producción de más de un óvulo en el ovario. Aumentando el aporte de óvulos facilitamos que esa mujer tenga mayor probabilidad de quedar naturalmente embarazada.

La estimulación de la ovulación requiere otro tipo de medicación, por vía intramuscular o subcutánea: FSH y LH, que son las dos hormonas que se utilizan para estimular a los ovarios. La cantidad de óvulos es mucho más grande que la obtenida en la inducción de la ovulación.

Técnicas de mediana complejidad

Aquí podemos nombrar *la inseminación*. Se recolecta semen mediante dos mecanismos: masturbación o bien a través de un preservativo. En este último caso no debe tener **cloruro de.....**, sustancia que inmoviliza y mata a los espermatozoides.

Una vez recolectado el semen se realiza una centrifugación del mismo. El sobrenadante, la parte superior de lo centrifugado, es lo que contiene los espermatozoides más móviles y vitales. Se los capta en una cánula que se inyecta a través del cuello del útero dentro de la cavidad uterina.

Alta complejidad

Existen muchas técnicas de alta complejidad. En las de baja complejidad prácticamente no necesitamos de un laboratorio altamente especializado; en las de mediana complejidad, sí; y en esta, desde ya que también.

Mencionaré las tres más conocidas: el GIFT, que es la transferencia intratubaria de gametos, la fertilización in vitro y el ICSI, que es la inyección de espermatozoides dentro del óvulo.

Con respecto al *GIFT*, vamos a requerir semen con espermatozoides y obtención de óvulos. Los primeros son obtenidos de la misma forma mencionada en la inseminación. A su vez los óvulos se obtienen a través de un procedimiento que se llama laparoscopia.

La laparoscopia es un procedimiento que requiere anestesia general. Es una cirugía en la cual se introduce dentro del abdomen de la mujer una óptica; se visualizan los ovarios; y a través de una cánula se punza cada folículo y se aspira cada óvulo. El biólogo, en ese mismo momento, elige los mejores óvulos. La paciente fue previamente estimulada, por lo cual tiene muchos óvulos. De esos 10 o 15 óvulos se seleccionan habitualmente 3, los cuales, adjuntados a una cantidad determinada de espermatozoides, se inyectan a través de una cánula, en el mismo acto operatorio, en una trompa. Luego se toman otros tres óvulos y se inyectan en la otra trompa buscando que la unión del óvulo y el espermatozoide se produzca dentro de la misma trompa donde naturalmente se produce.

La fertilización *in vitro* exige asimismo la obtención de óvulos y espermatozoides. Los espermatozoides se obtienen por masturbación y los óvulos por un método llamado ecografía trasvaginal o intravaginal. A la paciente, previamente estimulada y por tanto con muchos óvulos en cada uno de sus ovarios, se le practica, bajo anestesia general, una ecografía con un **traductor** vaginal. Con un mecanismo de punción se alcanzan los ovarios y se va aspirando cada uno de esos óvulos (igual que en el caso del *GIFT*).

Estos espermatozoides y estos óvulos deben ser madurados. Escuchábamos en las exposiciones anteriores que los espermatozoides requieren capacitación para tener capacidad fecundante, vale decir, deben madurar. También requieren maduración los óvulos en un medio de cultivo durante unas horas. Una vez maduros, se colocan en un recipiente (por eso la fertilización se llama *in vitro*, porque la unión del óvulo con el espermatozoide se hará en una placa, en una planchuela de cristal).

Se colocan aproximadamente entre 50.000 y 100.000 espermatozoides por cada óvulo en esa placa y se espera que se produzca la fertilización incubándolo a 37 grados. No habrá uno sino muchos cigotos. Ello dependerá de la cantidad de óvulos que hayamos tenido. Obtenida la fertilización, los embriones, que llegan a contar entre 4 y 8 células, son transferidos dentro del útero a través de una cánula.

Es importante recalcar que, según los distintos centros de fertilización asistida, se colocan en una mujer entre no menos de tres y no más de seis embriones por vez, por cada ciclo de estimulación y de fertilización *in vitro*.

El ICSI es el más complejo de todos desde el punto de vista instrumental. Requiere obtener espermatozoides en un varón que prácticamente es el que tiene el problema, que prácticamente no tiene espermatozoides en el semen. Entonces se obtienen por dos procedimientos: por una punción de un conducto que se llama conducto deferente. Bajo anestesia general se punza el conducto que lleva los espermatozoides del testículo hacia el órgano masculino, o bien a través de una biopsia de testículo directamente. Se saca un pedacito de testículo y en los conductos, en la luz de los conductos de ese pedacito de testículo, se obtiene algún espermatozoide. Ese espermatozoide o espermatozoides, dos o tres que se obtengan, serán los que por forma instrumental también se hagan penetrar dentro del citoplasma del óvulo.

Se requiere una espera de dos a tres días hasta conseguir que un embrión tenga una cantidad determinada de células (el blastocisto del cual hablábamos en la primera conferencia), para poder ser transferido, mediante cánula, dentro de la cavidad uterina. En el ICSI la fertilización se produce también fuera del organismo femenino.

Según las etapas de duplicación de las células de un embrión, se puede hacer en forma más temprana o tardía la transferencia al útero de estos embriones. Por eso los mecanismos de fertilización asistida no son solamente estos tres. Estos tres son los más representativos.

En resumen, cuando el problema está a nivel de los espermatozoides, se puede utilizar la inseminación, la fertilización *in vitro* o el ICSI. Cuando está en el cuello del útero, la inseminación y la fertilización *in vitro*.

Cuando el problema está en el endometrio, se utiliza la inducción, la estimulación, el GIFT o el FIV. Cuando el problema está a nivel del ovario, se produce una inducción para mejorar la ovulación, la estimulación, el GIFT o el FIV. Y cuando el problema está en la trompa, la fertilización *in vitro*.

Con respecto a los riesgos, existe la probabilidad de embarazo fuera de lugar - vale decir, no en el útero -, llamado **embarazo ectópico tubario**. En este la implantación no se produce en el útero sino en la trompa. En esta área el más riesgoso es el GIFT, en el cual se inyectan tres óvulos con espermatozoides en cada trompa.

Con respecto a los abortos que se producen por estas técnicas, veremos que todas, en general, tienen un mayor riesgo de aborto que una fertilización natural.

La más parecida a lo natural es la inducción y la menos parecida es la fertilización *in vitro*, que es la que tiene más probabilidad de abortos.

Con respecto al TEC, tasa de embarazo clínico, una cosa es hablar de embarazo clínico, vale decir, notar que el embrión transferido ha quedado adherido a la cavidad uterina, y otra es hablar de que ese embarazo conseguido llegue a término.

En el caso de la hiperestimulación ovárica, la medicación para tener muchos óvulos puede acarrear el problema de que los ovarios respondan aumentando su tamaño normal, pasando así de 5 cm a 30 cm. Se necesita entonces hospitalización y medicación. Es un problema importante, grave.

En cuanto a relación entre técnicas de fertilización *in vitro* con el cáncer de mama, cuando personas que apelaron a ese modo de fertilización desarrollan un carcinoma de mama, se ha visto que tales carcinomas tienden a ser más agresivos que lo habitual.

En cuanto a los temas de congelamiento de embriones, la donación de embriones, la embrioselección, el escrutinio genético, alquiler de vientres, etc., serán enfocados en el transcurso de la Jornada.

Muchas gracias.

Dra. Elena Lugo

Creo que hemos logrado el primer objetivo de la Jornada: identificar los inicios de la vida humana, siguiendo los aportes de la genética, la embriología y la práctica clínica correspondiente, e interpretar esta última según una bioética secularista, pluralista, interdisciplinaria. Al menos hemos apuntado a esa posibilidad, particularmente considerando que estos temas se ven por lo común desde el punto de vista de la calidad de vida, de las decisiones autónomas del individuo y de orientaciones un tanto pragmáticas.

En una primera parte de la Jornada predominó la riqueza de contenido empírico, científico y técnico. Pasamos ahora a movernos en una dirección complementaria sumamente importante: la contextualización de lo dicho en un marco de referencia conceptual de carácter filosófico, apuntando a la dimensión legal y, por supuesto, espiritual.

No se trata de imponer lo filosófico ni lo teológico por encima de la base científica, sino más bien de integrar, mantener claro que la razón humana puede y debe trabajar en varios niveles; que es capaz de distinguir esos niveles sin por ello separarlos.

De modo que **la totalidad de la verdad necesita un abordaje científico, filosófico y teológico**. Creo que esta es la atmósfera que predominará en este próximo segmento.

IV

Ponencia del Dr.Hugo O.M. Obiglio

En primer lugar quiero agradecer sincera y profundamente a las Hermanas de María, quienes realmente tienen la paciencia de escuchar una vez más mis palabras. En segundo lugar, a la Hermana Dra.Lugo, quien me honra con su amistad. Pienso que si ella sigue así, con este tipo de trabajo en esta parte del continente - tan lejana de su país de origen -, logrará el cambio que nosotros nos empeñamos en conseguir: convertir un poco más a nuestro medio, que se halla orientado hacia una cultura que no es precisamente la cultura de la vida.

Como académico vaticano me ha tocado primero discutir estos temas en Roma, en una reunión muy cerrada, en la cual participaban el Secretario de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, el Ministro de Relaciones Exteriores de la Santa Sede, y el Presidente y Vicepresidente de la Academia para la Vida.

La encíclica *Evangelium Vitae* ha sido un documento pontificio esperado por el mundo y pensado por Su Santidad Juan Pablo II como reafirmación de la defensa que el magisterio de la Iglesia hace de la vida humana y dignidad de la persona.

La encíclica se detiene en las amenazas o atentados contra la vida en sus distintas instancias, que van desde la concepción hasta la muerte, que tienen su expresión máxima en el aborto provocado y la eutanasia.

Estas maneras de atentar contra la vida no son nuevas en la historia de la humanidad, pero en el siglo que acaba de finalizar cobraron una fuerza inaudita al mismo tiempo que fueron aceptadas por amplios sectores de la sociedad. Estos últimos justifican algunos atentados contra la vida en nombre de los derechos de la libertad individual. Sobre este presupuesto pretenden no sólo la impunidad sino incluso la autorización por parte del Estado, con el fin de practicarlos con absoluta libertad y, además, con la intervención gratuita de las autoridades sanitarias. Esto está en el punto 4 de la *Evangelium Vitae*.

El objetivo de esta presentación es tratar de evaluar las consecuencias que ha tenido la *Evangelium Vitae* en América Latina sobre el derecho a la vida, la planificación familiar y la procreación artificial, en razón del quinto aniversario de dicho documento, que se cumple ahora.

Nuevas amenazas a la vida humana: el aborto

En general, los primeros códigos penales de América Latina y el Caribe se caracterizaron por tipificar el aborto como delito, estableciendo como agravante la

muerte subsecuente de la mujer. Sin embargo estaban presentes también situaciones de no punibilidad y/o disminución de la pena. Así, en casi todos los códigos se contemplaron, para la atenuación de la pena, el consentimiento de la mujer y razones de honor (aborto *honoris causa*).

En las legislaciones de fines del siglo XIX se despenalizó el aborto terapéutico. En la segunda mitad del siglo XX se elimina progresivamente la figura del aborto *honoris causa* y se amplía los supuestos no punibles como el aborto terapéutico, el eugenésico, el ético y el social.

Por otra parte se conserva como agravante del delito el que este haya sido practicado por un médico o un profesional de la salud, salvo en los casos de abortos lícitos. Asimismo el consentimiento de la mujer es un elemento clave para la reducción o agravamiento de la pena para quien lo practica.

Mundialmente la segunda mitad del siglo XX muestra más bien una tendencia hacia la adopción de posturas despenalizadoras, a pesar del resurgimiento de sectores a favor de la vida que abogan por la absoluta criminalización de todo tipo de interrupción del embarazo.

Estas tendencias se reflejan en América Latina de manera inversa, es decir, la mayor parte de los países de nuestra región adoptan legislaciones que restringen y, en tres casos, impiden el acceso legal al aborto.

Por lo tanto la interrupción voluntaria del embarazo en América Latina se caracteriza por su naturaleza prohibitiva. El aborto es técnicamente ilegal con legislaciones que adoptan desde una posición cuasi absolutamente criminalizadora hasta aquellas que lo descriminalizan en supuestos específicos tales como causas terapéuticas, eugenésicas, etc.

Solo dos países de nuestra región se distancian de estas posiciones: Cuba y Puerto Rico. En general lo que pretenden las legislaciones de la región es el amparo de la vida en gestación, aunque al presentarse un conflicto o coalición de derechos con los de la mujer gestante, los Estados reconocen determinadas situaciones en las que la interrupción del embarazo no será susceptible de sanción.

A continuación relataré brevemente los distintos tipos de legislaciones que hay en nuestra región, ya que hoy se habla tanto del tema de aborto y tengo en mi poder los proyectos de ley ya existentes que próximamente serán presentados al congreso.

Existen legislaciones prohibitivas relativas, legislaciones prohibitivas cuasi absolutas, legislaciones despenalizadoras, supuestos y proyectos tentativos y tendencias.

Legislaciones prohibitivas relativas

En las legislaciones prohibitivas relativas se permite el aborto por medio de dos sistemas: *un sistema de plazos*, es decir, el aborto se debe efectuar antes de determinada semana, y *un sistema de indicaciones* por el cual se permite el aborto en determinadas circunstancias: *honoris causa*, eugenésico, terapéutico y social.

El código penal de Uruguay es el único que ha sancionado el aborto combinando estos dos sistemas. Si bien regula los casos de aborto *honoris causa*, ético, terapéutico y social como figuras atenuadas, cuando no existe consentimiento de la mujer, establece en cambio la posibilidad de exención de pena si la mujer consiente en la práctica abortiva. Ello sólo es posible siempre que se cumplan dos requisitos: por un lado, que quien lo practique sea un médico y, por otro, que sea efectuado dentro de los tres primeros meses de gestación, salvo en caso de aborto terapéutico, que puede ser realizado en cualquier momento.

El **aborto terapéutico** es la modalidad de mayor aceptación en las legislaciones de América Latina y del Caribe. La formulación más restringida del aborto terapéutico, que permite la interrupción del embarazo cuando es la única forma de salvar la vida de la madre, está recogida en los códigos penales de Paraguay, México, Brasil, Bolivia, Panamá y Uruguay.

Existe también una regulación más permisiva, que comprende además la posibilidad del aborto cuando el embarazo representa un grave peligro para la salud de la mujer. Podemos encontrarla en los códigos penales de Puerto Rico, Argentina, Ecuador y Perú, y en 9 de los códigos penales de diversos estados mexicanos.

En cuanto al **aborto eugenésico**, podemos distinguir aquel que se permite por encontrarse malformaciones en el producto de la concepción. En el caso peruano constituye una figura atenuada, mientras que en Panamá y en el Salvador no se reprimen. En México, 9 de los 31 Estados contemplan esta figura como de no punibilidad. El aborto practicado cuando el embarazo es producto de la violación de una mujer demente o idiota, esta también recogido por la legislación argentina y ecuatoriana.

El **aborto ético – jurídico**, por violación, es denominado aborto sentimental en México, Brasil, Bolivia y el Salvador. Panamá considera igualmente la no punibilidad de este supuesto, siempre que se practique antes de los dos meses. Por su parte, las legislaciones de Colombia y Perú lo regulan como figura atenuada.

Las legislaciones prohibitivas cuasi absolutas

En cuanto a las legislaciones prohibitivas cuasi absolutas, se estima que, a nivel mundial, se mantiene absolutamente ilegal el aborto en países que representan el 10 % de la población. En ellos la interrupción del embarazo no es legal ni siquiera para salvar la vida de la gestante. En América Latina y el Caribe solo 4 países contaban con este tipo de legislación: República Dominicana, Haití, Chile y Colombia. Sin embargo en los últimos dos años se han sumado dos países más, es decir que el consenso de defensa de la vida ha aumentado en ese sentido debido a reformas en su normatividad penal: nos referimos a los casos del Salvador y de Honduras.

En este tipo de normatividad merecen especial mención las legislaciones de Chile, Honduras, Colombia y el Salvador, las que, luego de haber aceptado por años el aborto terapéutico, desde 1980 en adelante han venido expulsando de su ordenamiento legal esta inhibición no punible.

El fundamento central de esta tendencia es la protección absoluta de la vida del ser en formación. Se le otorga incluso mayor valor que a la vida de la mujer.

De esta manera las legislaciones citadas no admiten ninguna causa de justificación para la interrupción legal de un embarazo, no obstante lo cual el código penal salvadoreño aún considera no punible el aborto culposo ocasionado por la mujer.

El tercer punto son las legislaciones despenalizadoras. En Cuba las normas de salud autorizan a la mujer a interrumpir su embarazo durante las primeras diez semanas. El código penal regula muy bien las situaciones en que se practica el aborto al margen de las normas de salud establecidas, así como aquel practicado contra la voluntad de la mujer.

Actualmente el aborto no es delito en Puerto Rico, siempre y cuando se realice por causas terapéuticas, es decir, con el objetivo de conservar la salud o la vida de la mujer embarazada. Sin embargo, en 1980 Puerto Rico adoptó una postura permisiva cuando su tribunal supremo estableció que el derecho al aborto es un derecho constitucional para la mujeres portorriqueñas, es parte del derecho a la intimidad consagrado por la constitución de Puerto Rico. La práctica del aborto en este país se permite antes de que el feto adquiera viabilidad, es decir, hasta la decimosegunda semana de la gestación.

Proyectos legislativos y tendencias

En general las propuestas de reforma legal en el ámbito penal estricto que se han presentado en la región pueden ser ubicadas dentro de dos grandes rubros: aquellas con una absoluta y clara opción despenalizadora, y otras que se orientan a la criminalización absoluta y/o agravamiento de la penalización vigente.

Las propuestas despenalizadoras se encuentran en Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Chile, Colombia y Nicaragua. A diferencia de la legislación vigente en diversos proyectos formulados, se incluye el sistema de plazos como una nueva alternativa dentro de la corriente despenalizadora.

En el caso colombiano, uno de los proyectos combina este sistema con el de las indicaciones, estableciendo el procedimiento a seguir para lograr el llamado aborto lícito.

En los últimos años se puede registrar también algunas propuestas criminalizadoras en la región. Si bien estas iniciativas se han presentado en menor número que las despenalizadoras, su inclusión en el ordenamiento legal ha sido más efectiva, como los casos del Salvador y Honduras.

El tratamiento de este temario referido a América Latina ha presentado las siguientes dificultades:

- La búsqueda de material no ha sido fácil, dado el número de naciones a consultar.
- La ausencia de legislación acarreó en muchas oportunidades la imposibilidad de impedir jurídicamente la vulneración de la dignidad de la persona humana, de la vida humana.
- Las reformas constitucionales, al incluir pactos o tratados internacionales que en esta oportunidad defienden la vida, abren la puerta para que en un futuro se deba o pueda incorporar otros que vulneren los principios de la ley natural.
- La biopolítica se olvida de la ética y pareciera que en la práctica está más cerca de la macroeconomía.

Hasta el presente el análisis de la documentación correspondiente pareciera mostrar en América Latina un mayor respeto por la vida naciente y la dignidad de la persona que en el resto del mundo. Ahora bien su disímil entorno cultural, analizado en profundidad, podría llevarnos a ratificar o rectificar esta afirmación.

Planificación familiar

Sobre este punto se centra la encíclica publicada con motivo del quinto año de la *Evangelium Vitae*. Seleccionaré los puntos que me parecen de mayor peso relacionados con el motivo de esta Segunda Jornada.

La planificación familiar es un tema de real importancia por lo que representa en sí mismo y por la presión a que se ha visto sometido en estos últimos años por organizaciones internacionales como la OMS, la OSP, el *Banco Mundial* y el *Fondo de las Naciones Unidas* para asuntos de población.

Tal como se la presenta en la actualidad, es una campaña antinatalista encubierta. A pesar del fracaso de los futurólogos de la demografía, se sigue activando campañas de control de población en vista de la previsión de la explosión demográfica. A ello se suma lo que publicara en 1962 Rachel Carson en su libro *Primavera Silenciosa* sentando las bases de los movimientos ecologistas.

Esta idea la hacen suya la ONU, el *Banco Interamericano de Desarrollo*, UNICEF, el *Fondo de las Naciones Unidas para asuntos de población*, y anteriormente la IPPF (*International Planned Parenthood Federation*), el PRB (*Population Reference Bureau*) y SIESCU.

Ya en la década del 60 se comienza a promover la investigación en torno al control de la natalidad, el fomento de asociaciones privadas de planificación familiar, el patrocinio del desarrollo de los dispositivos intrauterinos DIU, el facilitamiento de la elaboración de planes de educación a quienes pretender mezclar o invertir los sexos o roles sexuales, la liberación de los niños de sus familias, la abolición de la familia tradicional.

La explosión se ha convertido a fines del pasado milenio en una implosión demográfica. La baja tasa de natalidad y el aumento del promedio de vida en los países del primer mundo es una daga que mata lentamente a muchas naciones con una herida profunda por donde se escapa su vida.

Sin embargo, en las últimas conferencias de El Cairo y Pekín, se sigue insistiendo en este tipo de políticas restrictivas en lo que hace a la población mundial, ahora con sutiles y encubiertos argumentos.

Mediante la novedosa “salud reproductiva” mencionada esta mañana, se fuerza la interrupción del embarazo, se consolida la igualdad de los derechos de la mujer, se menciona los derechos reproductivos, la regulación de la fertilidad, y se pone en marcha a través de una diabólica educación sexual la más grande campaña anticonceptiva de todos los tiempos.

Y para agravar esta política antinatalista, se agrega un nuevo ingrediente: el concepto de género que niega las diferencias naturales que, sin la claridad e insistencia de El Cairo y Pekín, se menciona nuevamente en Estambul, Habitat II. Se pretende erradicar la pobreza a través de programas adecuados de salud reproductiva que incluyen la planificación familiar y la salud sexual. Un ejemplo de ello es nuestra reciente ley del gobierno de la ciudad de Buenos Aires sobre salud reproductiva.

En realidad se pretende implementar - y de hecho se ha logrado en países como Brasil y Perú -, las campañas de esterilización, anticoncepción y aborto, que cuentan

con todo tipo de recursos económicos, administrativos, publicitarios y finalmente políticos.

En Guatemala no encontramos legislación, pero su constitución política establece que el estado promoverá la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos.

Existe la tendencia de llevar adelante este tipo de políticas y promover grupos feministas como APROFAM, que cuentan con sustanciales recursos económicos y hacen campañas de planificación familiar a través de la anticoncepción y la esterilización, aunque todavía sin mucho éxito.

En la República Dominicana existe una campaña financiada por el *Fondo de las Naciones Unidas para Asuntos de la Población*. Actualmente se encuentra colaborando con las autoridades locales en un nuevo programa en tres áreas principales: salud reproductiva, estrategias de población y desarrollo, y una tercera de promoción. Cada uno de los subprogramas lleva como eje transversal la inclusión de la perspectiva de género.

No existe una legislación sobre planificación familiar, pero sí numerosos proyectos en el área de salud. Algunos de ellos ya han entrado en vigencia, auspiciados por el gobierno y por organizaciones no gubernamentales, sumándose a los objetivos propuestos en El Cairo, cuyo programa de acción - no lo olvidemos - se extiende de 1995 a 2015.

En la Argentina se han presentado varios proyectos de salud reproductiva - procreación responsable, tanto a nivel nacional como en legislaturas provinciales. Acabo de mencionar el de la ciudad de Buenos Aires. Existe también en Mendoza, existió en Paraná (fue vetado) etc.

A nivel nacional no ha habido acuerdo. Por consiguiente no se ha legislado todavía, pero en Córdoba y Mendoza, sí. Las protestas de la Iglesia y organizaciones como los movimientos *Provida* y movimientos tanto católicos como no confesionales, llevaron a que se modificara algunos artículos de la legislación presentada, haciéndola menos permisiva aunque violatoria de valores permanentes como son el respeto y la dignidad de la persona.

Procreación artificial en América Latina

Desde 1978 hasta la fecha han pasado más de 30 años. Y cientos de miles de niños han llegado al mundo mediante una nueva tecnología que hace directamente a la manipulación de la vida humana.

No tenemos la certeza de que exista legislación (siempre me refiero a América Latina) sobre procreación artificial, si bien en México se contempla en la Ley general de Salud objetivos de planificación familiar, apoyo y fomento de la investigación en materia anticoncepción, infertilidad humana y biología de la reproducción humana; por otra parte existe una regulación específica respecto de los procedimientos de fertilización asistida que atañen a la normatividad aplicable a la disposición de órganos y tejidos.

También existen reglamentaciones y resoluciones como en Brasil: una del *Consejo Federal de Medicina*, acerca de las normas éticas para la utilización de las técnicas de reproducción asistida.

En la Argentina se han presentado a nivel de legislatura nacional numerosos proyectos de ley. Todos con contenidos objetables y de una agresividad variable. Actualmente existe un proyecto con media sanción del Senado.

Estoy convencido de que estas leyes vulneran principios de ley natural, por lo cual no debe legislarse ni aun con limitaciones que impidan fecundar más de tres óvulos y realizar prácticas como la crioconservación de embriones.

Todos somos conscientes de los serios problemas a que se llega cosificando al ser humano no sólo en lo que hace a su supervivencia sino también a los interrogantes crecientes que genera esta tecnología en el plano jurídico, comprometiendo el derecho de familia, el derecho sucesorio, el de contratos, el de bienes y el de la propia identidad.

Los códigos de ética y de ontología latinoamericanos que hacen referencia al tema son escasos y permisivos. La desinformación de la población sobre la realidad de esta tecnología y el interés económico de las organizaciones médicas que llevan adelante la misma hacen que su utilización tenga todavía hoy vigencia.

No obstante, hasta el presente el análisis de la documentación correspondiente pareciera mostrar los siguiente:

- En América Latina hay un *mayor respeto por la vida naciente y la dignidad de la persona* que en el resto del mundo. Ahora bien, su disímil entorno cultural, analizado en profundidad, podría llevarnos a ratificar o rectificar estos conceptos.
- En cuanto a *la eutanasia*, no existe todavía una conciencia mayoritaria que acepte la eutanasia como un hecho habitual. Sin embargo la presión de distintos medios ha llevado a los legisladores a incursionar en el tema - por ahora con argumentación poco seria -, pero sin mayor éxito. Esto no significa bajar la

guardia sino - muy por el contrario - iniciar campañas de esclarecimiento y educación sobre lo que caracteriza a la eutanasia.

- Aunque *la planificación familiar* no esté legislada como tal, existe una marcada tendencia a hacerla efectiva a través de decretos, reglamentaciones o simplemente disposiciones locales en el sector de la salud, que utilizan expresiones tales como interrupción del embarazo, salud reproductiva, libertad de elección, derechos de la mujer, etc. para encubrir las campañas anticonceptivas.
- La procreación artificial está al alcance de muy poca gente, ya que su costo operativo es alto en relación a los ingresos medios de nuestra población. Si bien cada vez más centros tienen acceso a esta sofisticada tecnología, no vemos que su creciente complejidad esté en relación con las expectativas de éxito.
- Por naturaleza, formación y tradición seguimos *respetando la vida y creyendo en la familia* como célula fundamental de nuestra sociedad. Sin embargo el primer mundo presiona a través de una filosofía hedonista, utilitarista e individualista que se vuelca en los contenidos de una cultura de la muerte difundida por todos los medios de comunicación social por ellos controlados.
- *La globalización* juega a su favor. Finalmente la presión económica sobre América Latina, ejercida por medio de créditos condicionados a programas de planificación familiar que incluyen el aborto encubierto a través de vacunaciones masivas - como la antitetánica - en mujeres en edad de procrear, y las campañas de esterilización cuasi masivas, clama por un repudio general de la comunidad mundial.

Sin duda la encíclica *Evangelium Vitae* en este quinquenio ha hecho meditar a católicos y no católicos sobre la responsabilidad que nos cabe asumir en la defensa del derecho a la vida y la dignidad de la persona.

Pienso que el solo hecho de no aceptar que la libertad humana tenga primacía sobre la verdad, como si la verdad fuera creación de la libertad, es todo un logro.

América Latina tiene todavía su mirada puesta en Dios. La lucha por los problemas que atañen a la vida y a la familia así lo demuestran.

Debemos continuar evangelizando a nuestra juventud, que por el momento vive un ideal de familia, reafirmando la *Carta de los derechos de la Familia* que publicara la Santa Sede en 1983. No olvidemos que la juventud de hoy será la dirigencia de mañana.

Recordemos que corresponde a la justicia gobernar con prudencia todo aquello que hace a la vida humana, dispensando especial atención a los más pobres y desprotegidos.

No dejemos que América Latina declame una cultura de la vida para vivir una cultura de la muerte.

Muchas gracias.

Dra. Elena Lugo

Agradecemos mucho al Dr. Obiglio no sólo la excelencia de su disertación sino habernos traído la voz de alguien tan importante como es el Consejo Pontificio de la Vida al que él pertenece.

Preguntas del auditorio a los panelistas anteriores

* ¿Cuál es la diferencia conceptual esencial entre anticoncepción natural y control natural de la fertilidad?

En nuestra cultura prima la visión antinatalista de control de natalidad. Se ve el crecimiento de la población como un peligro de caos. Un presunto caos que hay que controlar. Pero ese control significa control total y, por ende, prácticamente en todas las sociedades donde ha habido un ingreso masivo de la anticoncepción se ha legalizado el aborto, por que esa sería la única forma de controlar dicho caos.

Por eso hoy en día el 90% de la población mundial está bajo legislaciones en las cuales el aborto es legal. Hay una mentalidad que une este control de natalidad con la planificación familiar y los anticonceptivos, generándose así, como muy bien ha diagnosticado la Iglesia, una cultura de la muerte.

Por lo tanto muchas personas que usan métodos naturales los usan con esa misma mentalidad y terminan usando un anticonceptivo natural - una técnica natural - para hacer lo mismo que todos los demás hacen.

Ahora bien, ¿cuál es la diferencia esencial sobre la que ustedes preguntan? Hemos ido creciendo en nuestra experiencia. Yo me formé en la universidad de Chile, una universidad laica en la que también se enseñaban métodos naturales con mentalidad anticonceptiva. Los mismos matrimonios que usaron los métodos naturales nos enseñaron a descubrir que había otra cosa más de fondo que está en juego: la visión de la sexualidad, del amor y de la persona. La persona que empieza a usar métodos naturales comienza a conocer esa fertilidad, a respetarla, a descubrir la riqueza que hay en el otro.

La abstinencia que exigen los métodos naturales es el mejor aporte para hacernos crecer en ese conocimiento, valoración y respeto del otro. Eso significa entonces que usar métodos naturales se transforma en un estilo de vida: ya no es sólo una técnica sino una forma de vivir, de comunicarse, de amar.

Si lo miramos desde la perspectiva de la Iglesia, usamos los métodos naturales no sólo como un estilo de vida sino como un camino de crecimiento en el amor de Cristo por su Iglesia, vale decir, un camino de santidad. He aquí donde radica la diferencia

esencial. Los métodos pueden ser una técnica anticonceptiva o un camino de crecimiento para encontrar la voluntad de Dios y hacerla hasta la muerte, y muerte de cruz. Respeto significa entonces que el reino de Dios venga a nosotros, al ámbito conyugal, a la intimidad matrimonial.

- *El 0.13 % de perforaciones espontáneas de DIU, dentro de la población de mujeres usuarias, ¿es una contraindicación médica para su uso?*

Ustedes tienen el elenco de los efectos adversos del uso del DIU. Todos ellos, juntos, desde el punto de vista médico, resultan un motivo de peso para desaconsejarlo. Sobre todo en mujeres jóvenes nulíparas (que no han tenido hijos) no está indicado desde el punto de vista médico; es poner en riesgo su fertilidad futura.

- *¿Hay posibilidades de corrección intrauterina? ¿Recomienda el panel el diagnóstico durante el embarazo en forma rutinaria?*

En primer lugar, es muy baja la frecuencia de anomalías detectables, anomalías congénitas detectables durante la vida intrauterina. La mayoría de los chicos nacen sanos. En segundo lugar, cada procedimiento de diagnóstico prenatal tiene sus indicaciones precisas y dentro de esta gama amplia de procedimientos de diagnóstico prenatal habrá algunos que se utilicen más rutinariamente. Me estoy refiriendo, por ejemplo, a las técnicas de diagnóstico por imágenes, la ecografía.

Hoy en día, en la semana vigésima y en la semana trigésima, se hace controles ecográficos prácticamente de cualquier gestación que se precie de estar controlada. Pero no se puede hacer un procedimiento invasivo de diagnóstico prenatal de rutina cuando este procedimiento invasivo tiene indicaciones muy precisas.

V

Ponencia de la Dra. Elena Lugo

I.

En torno al concepto bioética

Comenzando con nuestra reflexión filosófica, no estaría de más repasar lo que entendemos por bioética.

Para muchos es un simple marco de reflexión, de investigación interdisciplinaria donde interviene la sociología, psicología, biología, economía, la política, etc. Vale decir, se supone un estudio interdisciplinario sobre los desafíos que provienen básicamente de los progresos (¡no siempre realmente progresos!) o al menos de los progresos técnicos y médicos.

- *Pragmática*

Hay una bioética que describe las opiniones, preferencias y posturas que toman distintos grupos, sin prescribir ni señalar cómo debe ser algo. Utiliza un método de análisis que promueve procesos para tomar decisiones en términos de beneficios, cálculo de beneficios y riesgos, poniendo énfasis en lo procedimental.

Esta bioética tiene mucho arraigo en los EE.UU. Sin embargo yo tengo una cierta reserva frente a la bioética que carece deliberadamente de una visión normativa, porque pienso que la bioética sigue siendo una rama de la ética y, por definición, debería ser una normativa, ya que se orienta hacia la acción; debe organizar las libertades de los ciudadanos y tratar de influir en las opciones de la sociedad.

De modo que la primera bioética que menciono es un tanto pragmática y se preocupa por cuestiones de consenso negociado en una sociedad pluralista, vale decir, donde el acuerdo no es inicial sino que surge mediante el diálogo, se logra por pacto, por acuerdo.

Esta postura pragmática no quiere deliberadamente entrar en cuestiones de fondo en cuanto al aborto, eutanasia, experimentación con embriones, tecnología y procreación.

- *Sustancial*

No creo que esa sea la bioética que nos ayude a enfrentarnos a los problemas que nos plantean los cambios en la ciencia y la tecnología. Yo propongo entonces una bioética sustancial. Esta insiste en la búsqueda personal profundizada, en el análisis de

principios. Dicho en otros términos, insiste en la búsqueda personal de raíces en el orden de las virtudes, de la excelencia en la acción.

Hace hincapié además en los principios y su fundamentación. Los principios bien conocidos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia no pueden ser reglas sin un sustento, sin una fundamentación sostenible con argumentos sólidos.

Esto es precisamente lo que tengo en mente cuando paso a hablar de bioética; de una bioética que busca el pensamiento objetivo, permanente, universal. Una búsqueda muy exigente y que para algunas personas torna difícil el diálogo interdisciplinar. Por otra parte, para que un diálogo interdisciplinar arribe a un acuerdo, habrá que entrar en cuestiones de fondo.

De ahí mi interés por llegar al fondo de las cuestiones aunque se genere conflicto, aunque se genere contienda. Poco a poco, y si el diálogo es respetuoso, se podrá superar el conflicto o los rencores que surjan de los mismos.

De este modo les he ofrecido un repaso de lo que es bioética.

Seguidamente les propongo hacer tres cosas:

- Insistir en la necesidad de objetividad y fundamento en las discusiones de bioética.
- Señalar que ese fundamento o esa objetividad tiene un carácter filosófico.
- Recalcar que existen entre las teorías filosóficas disponibles algunas que tienen ciertas ventajas, precisamente en relación con los temas enfocados es mañana.

Prosiguiendo con esta introducción, un primer interrogante que tenemos que tratar de contestar es si la bioética es democrática. ¿Por qué buscar un fundamento de objetividad universal? Esta pregunta, así formulada, sugiera la idea de que la democracia o bien el democraticismo conduce a actitudes imprudentes. En efecto, hay quienes que, al formular la pregunta, asocian democracia con lo que se llama *subjetivismo de preferencias, relativismo ético* y una *exagerada interpretación de la libertad*.

Cuando se piensa que la democracia - o mejor dicho el democraticismo - conduce a esas tres posiciones, naturalmente queda clarísimo que hay que buscar un fundamento de objetividad universal.

Subjetivismo

La bioética puede ser democrática y tener a su vez un fundamento universal. Porque si no tiene fundamento caemos en lo que se llama subjetivismo de preferencias personales o preferencias colectivas. Esto a su vez degenera en conflicto, en

inseguridad moral, y puede conducir finalmente a la búsqueda de meras negociaciones parciales, a una ética del consenso y del pacto.

Ahora bien, la ética del pacto o del consenso puede ser transitoria, puede ser la moral de mínimo, y ante los temas del embrión, la procreación, etc., lo transitorio, la moral de mínimo, no satisface a nadie.

Relativismo

¿Qué hace una sociedad cuando hay muchos pareceres en el campo ético o moral? ¿Qué hace entonces cuando se enfrenta con una anarquía de opiniones? Acude a las leyes y decreta por ley que tal y cual cosa queda prohibida, que tal y tal cosa es el mínimo. Por ejemplo, en los EE.UU. y en otros países, el embrión está en un limbo conceptual. Entonces se decreta que si los embriones son producto de un aborto voluntario se puede experimentar, pero que no se pueden generar embriones o procrear embriones adrede para hacer experimentos.

Este tipo de decreto legal sufre de ciertas inconsistencias. Se podría añadir muchísimos otros ejemplos.

Libertad sobredimensionada

El democraticismo sugiere una exagerada interpretación de la libertad: la libertad como un “yo quiero”. Ahora bien, todos sabemos que tarde o temprano la libertad del “yo quiero” debe ceder lugar, para ser una libertad responsable y respetuosa de lo que significa ser persona, a una libertad que se exprese con un “yo debo”, “yo existo y me comporto en sintonía con un conjunto de virtudes”.

De modo que el dogma moderno de la autodeterminación de la persona se sustenta en una libertad concebida como simple elección y no como búsqueda del bien; es una libertad concebida como intento de dominar, someter y controlar la realidad, tal como a veces lo hace la procreación técnica.

En suma, el subjetivismo de las preferencias, el relativismo ético y ese tipo de autonomismo y libertad no nos ofrecen un camino para integrar y fundamentar los logros de la genética y la tecnología biomédica.

¿Por qué la fundamentación ha de ser filosófica? ¿Por qué una teoría filosófica en particular?

Pienso que una antropología filosófica cuenta con un fundamento tan básico y de tal aceptación universal que se ofrece como digna de nuestra consideración. La antropología filosófica centra todo discurso sobre ética en lo que significa ser

persona. De ahí que derive los principios éticos de las exigencias que plantea la dignidad de la persona.

En la medida en que toma en cuenta nuestro ser persona, esta ética de base filosófica tiene un fundamento muy cercano a cada uno de nosotros. El fundamento no está constituido entonces por la subjetividad o las preferencias, sino por el ser persona.

Esa ética antropológica tiene la ventaja de ofrecer la posibilidad de diálogo en un marco de pluralismo cultural. Vale decir que no es una respuesta en base de miedos; no teme el discutir; se sustenta en la actitud de ofrecer con coherencia lo que es convicción personal.

Las religiones en general, y el cristianismo en particular, hace sus declaraciones sobre la base de la razón iluminada por la fe. Ahora bien, muchos de los puntos que hemos discutido en la mañana no son enseñanzas de la Iglesia como tal, sino reafirmaciones de la Iglesia sobre enseñanzas que la razón misma puede descubrir. Esta es la puerta abierta para el diálogo.

Volvamos a la pregunta de por qué o para qué una teoría filosófica. Precisamente porque el juicio moral surge de una teoría filosófica que pone énfasis en la dignidad de la vida.

La **ética pragmática** hace hincapié en la calidad de vida. El concepto “calidad de vida” es de índole sociológica. La calidad de vida expresa un conjunto de bienes psicosociales, económicos y materiales que ofrecen un entorno a la vida que es muy importante. Pero ocurre que la vida es más que ese entorno. Hay que ver la vida en su raíz existencial, en la raíz de la persona, en su dignidad. Porque a veces yo estoy “funcionando” como persona: pienso, decido, quiero, etc. Pero otras veces ni estoy en condiciones de pensar, ni decidir, ni soy consciente de lo que quiero o dejo de querer, como cuando estoy dormido... y sin embargo sigo siendo persona y teniendo dignidad de tal.

Ese concepto persona pertenece al ámbito filosófico; es un concepto filosófico profundo y amplio que apunta a abarcar toda la realidad que se asocia al ser humano en sí. Profundo porque se refiere al ser, al ser mismo.

Ante tales temas hemos de recobrar el pensamiento ontológico, el pensamiento metafísico, el pensamiento que nos lleva a la raíz de lo que es el ser y no sólo lo que es el “funcionar”. El ser abarca por igual al cigoto como al paciente en coma. Esto nos plantea una objetividad filosófica racional, lo cual complementa la racionalidad instrumental.

Poco a poco esta objetividad filosófica nos acerca a lo que podríamos designar con la palabra **ética de máximo versus ética de mínimo**. Una ética de máximo es aquella que va mas allá del deber de no hacer daño. Una ética que vela por la seguridad y los acuerdos de consenso, pero va mas allá de estos.

El juicio moral que se deriva de esta objetividad filosófica racional enfoca y va mas allá de los intereses utilitarios, de lo pragmático, de lo evidenciado, por ejemplo, en el uso de embriones humanos para extraer células matrices, para experimentar. Es un juicio moral que más bien enfoca la verdad del acto en su relación con la totalidad de la persona; enfoca la verdad en cuanto verdad orientada al bien de la persona. En suma, se trata de un enfoque totalmente diferente al de una bioética meramente utilitaria.

La ética del mínimo o ética cívica ha adquirido muchísima relevancia en los últimos años y una filósofa española, Adela Cortina, acostumbra a trabajar con este concepto diciendo que la ética de mínimo o la ética cívica es el mínimo de decencia moral para poder iniciar un encuentro, para poder iniciar un intercambio entre una persona y otra. Es el mínimo para que pueda existir una sociedad; el mínimo para que exista la dimensión moral. ¿Y cuál es el mínimo? No hacer daño - no maleficencia - y hacer justicia en términos de derechos.

Ahora bien, una ética de mínimo encamina a la sociedad a buscar la verdad sólo en términos de consenso y no la verdad en términos de la realidad misma de lo que significa en su plenitud ser persona.

El consenso es equivalente a tolerancia y relatividad. Algunas veces el consenso nos lleva a la indiferencia y eso es altamente peligroso, particularmente cuando estamos trabajando con temas de semejante delicadeza y de semejante urgencia, como la vida, el embrión, etc.

En cambio, como ya decíamos, la ética de máximo va mas allá del deber de evitar el mal. Es una ética que nos hace responsables de promover el bien; el bien integral; el bien de mi preferencia; el bien clínico científico; el bien de la persona en sí y el bien trascendente.

Esto nos lleva a cuestiones de fondo. Así pues creo que la ética de máximo es la única capaz de orientar con firmeza el curso de la ciencia, ya que abarca la totalidad de la realidad y no sólo lo que el método científico permite examinar con criterio de precisión matemática. Además nos permite orientar la técnica mas allá de la productividad, la eficacia y el control.

El personalismo prudencial

Con estos conceptos estoy entrando en la teoría específica que quiero recomendar. La recomiendo básicamente por tres razones:

- Porque es una teoría que tiene una base sólida de apreciación universal y de necesidad ineludible: el concepto persona.
- Porque es una teoría que reconoce el aporte de la razón en cuanto razón prudente y práctica. Una razón que no se limita a procedimientos, sino que penetra a fondo la verdad y el bien del ser.
- Porque nos permite ver en la naturaleza humana indicadores normativos de que la naturaleza es sabia, tiene una finalidad, tiene un significado que podemos leer en la naturaleza. Aquello que la razón reconoce como moral y la fe confirma como agradable a Dios.

La ética de máximo es una ética que presupone naturalmente la ética de mínimo. Es decir, la ética de máximo es una ética de ideales, de deberes, de búsqueda de excelencia. Presupone que usted guarde lo que la ética mínima exige: que no haga el mal y se preocupe por la justicia... pero a su vez exige que usted promueva el bien y respete la autonomía responsable del otro y la propia autonomía.

Es una ética que no sólo se preocupa por reaccionar ante los problemas sino que apunta a lo preventivo; es una ética que tiene mucha importancia para fomentar lo que se llama el mundo de las virtudes, el mundo de las convicciones más profundas; es una ética que no se limita entonces al seguimiento de reglas externas ante las cuales usted opera en conformidad.

El personalismo - en un sentido filosófico- se sustenta en la experiencia humana de la naturaleza y en necesidades básicas compartidas por toda la familia humana. Es punto de partida fundamental para el diálogo pluralista que busca establecer una base para lograr un consenso objetivo. Esa base es aceptar que la persona es un presupuesto no negociable. Esto implica que la vida humana es inviolable, y que la dignidad y el anhelo de trascendencia es inherente al ser persona.

El concepto filosófico de persona indica un modo de ser único, que trasciende lo meramente jurídico y se aplica desde antes del nacimiento - desde la fecundación - y se extiende hasta la muerte encefálica.

Es más que un concepto funcional. Como persona se puede ser más o menos capaz, pero no se puede ser más o menos persona. Vale decir que persona es todo ser humano independientemente de las condiciones bajo las cuales se encuentre (invalidez, coma, etc.).

En resumen, persona significa existir en sí y por sí, y no en otro. Significa independencia, autonomía y también participación en el ser de Dios. La persona es espiritualidad en el sentido de capacidad de realizar actos independientes del condicionamiento de lo material.

Hablamos de personalismo **prudencial**. La prudencia está vista aquí como un principio operacional y no como mero sinónimo de “cautela” o “precaución”. Prudencia es la capacidad y destreza para captar y discernir las circunstancias en las cuales proceder o actuar.

Es muy fácil tener un cuadro de principios muy bien definidos teóricamente. Pero cuando se aborda el caso concreto a veces no se reconoce lo que la situación exige, cuál es el principio que tiene prioridad. Ahí entonces es donde ayuda la prudencia. Prudencia es la capacidad para determinar el mejor modo de lograr los bienes propios de ser persona.

Aplicación

Una bioética de base personalista se caracteriza por definir decisiones éticas de la razón práctica, basándose en el respeto a la persona, en su identidad, autonomía, integridad, dignidad y trascendencia espiritual. De modo que es imprescindible tener en claro esas dimensiones de la persona.

La ética personalista no habla tanto de valores sino de bienes. Vale decir, las cosas valen porque son buenas y no al revés. Hay veces en que pensamos que si lo prefiero, deseo, quiero o me gusta, entonces ya es bueno. Tenemos deseos, luego los llamamos derechos y finalmente insistimos en que son derechos que se nos tienen que respetar en la sociedad. Sin embargo debería ser de otro modo: las cosas son buenas porque su bondad está relación con la integridad de la persona o con las necesidades auténticas de persona.

Porque algo es un bien reviste un valor; y existen bienes existenciales por los que la persona libremente tiene que interesarse, tomar, elegir y trabajar. La racionalidad, la justicia, la religión suponen un gran trabajo de parte del ser humano. Hay bienes sustantivos y básicos como la vida, salud, conocimiento, trabajo y esparcimiento: sin ellos la persona prácticamente no podría existir.

En cuanto a la cuestión del embrión, el personalismo prudente nos dice claramente - o nos reafirma - lo que ya expresaran en esta Jornada las Dras. Bosch y Martínez.

La inviolabilidad de la vida humana supone respeto y obediencia a las rectas razones. Es la recta razón la que da la evidencia. La recta razón filosófica y científica nos dice que el ser persona, la naturaleza humana, exige respeto desde que se inicia

el cuerpo humano. El individuo humano ya está presente desde que se anuncia esa corporeidad, en el momento de la fecundación.

De modo que el cigoto es ya un sujeto humano individual de la especie humana, es un proyecto perfectamente delineado que adquiere mayor operatividad pero no mayor sustancialidad.

De modo que en el proceso de desarrollo del ser humano - el pasaje de cigoto a embrión y feto, etc. - el ser humano es desde el comienzo persona, sólo que pasa por diferentes etapas de desarrollo. Es la misma sustancia, sólo diferenciada por las características de cada segmento de desarrollo. No hay fase de desarrollo en que se pueda afirmar que se produce la humanización del embrión. El embrión humano pertenece desde la fecundación al orden del ser y no del tener; es persona, no objeto. En éste último sentido, recordemos que aquellos que quieren utilizar el embrión, manipularlo, experimentar con él, hacer trasplantes, etc., lo ven como un objeto.

De modo que el embrión es un valor, un bien en sí; no se puede lesionar su unidad espiritual-corporal para lograr bienestar social, para extraer células muy importantes, para experimentar, para trasplantes, etc.

Hay que ligar de nuevo lo que muchas sociedades han separado: la descripción biológica y la interpretación filosófica; la interpretación filosófica y la valoración moral.

En síntesis, biología, filosofía y ética tienen que crear una visión orgánica de la naturaleza del embrión como algo que se puede entender, algo inteligible, algo que tiene ya una finalidad, una dinámica orientada hacia el nacer, y que está inscrito en el ser como causa orientadora que podemos ya ver en el proceso embriológico.

La embriología nos muestra que hay un proceso orientado hacia una finalidad y cualquier intervención, o interrupción de ese proceso puede ser una violación de la naturaleza misma del cigoto. Desde su formación el cigoto debe ser respetado en el plano ético y titulado en el plano jurídico.

- *¿Derechos potenciales?*

El embrión debe ser respetado como persona actual. Porque a veces se escucha que el feto es persona potencial porque no ha nacido y por lo tanto tiene derechos potenciales, lo que es peligroso. El embrión es persona actual con posibilidades de desarrollo. En toda intervención debe predominar un trato respetuoso; el embrión es un nuevo paciente de la medicina y no producto para la acción biomédica guiada por principios utilitaristas. Todo diagnóstico debe ser realizado en beneficio del embrión.

- “Preembrión”

Téngase cautela ante el concepto de preembrión o prehumano. El concepto preembrión es un diseño de algunos científicos, creo que ingleses, para insistir en que antes de la anidación, vale decir, antes de los 14 días, no hay una clara orientación individualizada y se puede hacer cualquier cosa con esa etapa de desarrollo; que después de la anidación o implantación, ya entonces sí reviste individualidad. Aquí hay una confusión entre la individualidad y la indivisibilidad.

El personalismo prudente ante el escrutinio genético

La ley natural no es un patrón fijo determinante, pero sí indica que la corporeidad y el ciclo humano tienen una estructura y dinámica ordenadas.

De modo que el diagnóstico prenatal puede suponer riesgos desproporcionados para la integridad del embrión. Desde el punto de vista de la ética personalista, creo que es prudente

- proponer que el embrión no sufra consecuencias indeseables para su integridad y supervivencia cuando se le hace el diagnóstico prenatal.
- Debe existir una proporción sustancial de beneficio sobre los riesgos usuales de la intervención.
- Advertir además la orientación eugenésica: en muchos casos el diagnóstico prenatal se ofrece a condición de que si el diagnóstico apunta a una condición indeseable para la pareja, indeseable para el científico, se posibilite el aborto.
- Procurar un acceso justo, equitativo y no discriminatorio o preferencial en la disponibilidad del diagnóstico prenatal.
- Conservar la confidencialidad. Recordemos que si seguimos la orientación que estoy proponiendo, se tiene dos pacientes: la señora y el prenacido. Y se guarda confidencialidad con ambos.
- Regular la experimentación genética con mayor rigor y a nivel internacional, en comunidades científicas y no sólo en el plano estatal.

Insisto en que el científico como tal tiene que tener la integridad ética como componente inseparable de su quehacer en cuanto científico. Porque el tratamiento biomédico-ético del embrión humano supone respeto como persona desde la concepción y no que se lo vea como sobrante de las fecundaciones *in vitro* o bien

huérfano cuando, luego de las fecundaciones *in vitro*, no se lo necesita y se lo congela, se lo deja por un tiempo congelado hasta su destrucción.

Las intervenciones que se hagan en el embrión deben respetar su vida e integridad, y no exponerlo a riesgos desproporcionados. El principio terapéutico se justifica y garantiza siempre y cuando se observen estas condiciones: no vulneración de la identidad, respeto por su condición de ser único, búsqueda de su beneficio, curar y prevenir el daño en todo momento.

A modo de conclusión podemos decir que las terapias experimentales podrán ser lícitas cuando sean las únicas que ofrecen algún beneficio para el embrión.

Por otra parte, recordar que

- La eliminación directa o selectiva de embriones sanos en un embarazo múltiple no supone respeto por la vida humana en sí.
- La reducción selectiva del gemelo defectuoso es una operación eugenésica inaceptable en vista del respeto obligado a cualquier ser humano independientemente de sus condiciones.
- La información sobre fertilización asistida tiene que incluir información relativa al riesgo del embarazo múltiple. Con esto vamos inmediatamente al personalismo prudente y a la cuestión de la procreación técnica.

El personalismo prudente **favorece la procreación natural**. Precisamente porque pone el derecho de la vida, el derecho de la vida del hijo, por encima del derecho de la pareja a tener hijos. Pone asimismo de relieve que la verdadera realidad en la transmisión de la vida humana es lo personal, el encuentro entre tres personas con sus respectivas dignidades: papá, mamá y criatura.

Defensa de la unidad espíritu - cuerpo

Además se opone a separar las diferentes partes de la procreación humana; se opone, en otras palabras, a mecanizar la unidad orgánica de la naturaleza humana concebida como persona. Es decir, se opone a separar lo que es la entrega total, exclusiva, profunda, amorosa, de un hombre a una mujer en unidad integral, la cual tiene, como dimensión inseparable, la apertura a la vida. Las técnicas procreativas tienen la posibilidad de separar precisamente esos tres componentes: el amor, la sexualidad y la creatividad.

La fecundación *in vitro* atenta y lesiona la unidad y dignidad del acto procreativo, vale decir, la inseparabilidad de la donación de uno mismo al otro, comprendiendo simultáneamente lo físico y lo espiritual.

Una pareja dice: “Nos amamos con locura”, lo que estaría revelando unidad espiritual. Pero agrega: “Vamos a procrear acudiendo a un laboratorio o banco”, lo que revela ya una disyunción en el plano físico. Naturalmente, detrás de esto está el problema de la infertilidad; entonces es mucho más aconsejable trabajar médica y clínicamente para superar realmente la infertilidad, ya que la procreación técnica no supera la infertilidad sino que lo que hace es “dar un rodeo”, como se suele decir.

La sexualidad humana es compendio de bienes y símbolo o paradigma del amor, de la transmisión de vida, expresión de amor íntimo y de placer físico.

De ahí que ante la fecundación *in vitro* cabe hacerse la pregunta de si tal técnica promueve u obstaculiza el significado intrínseco de la dinámica y estructura de la sexualidad humana.

Norma de la naturaleza

Porque aquí entendemos que la sexualidad humana tiene su norma *en la naturaleza misma*. Vale decir que la sexualidad humana no es un constructo o acuerdo de la sociedad, sino que la naturaleza misma estipula cuáles son las posibilidades saludables y cuáles no.

El hijo no es algo debido ni un objeto de propiedad, sino fruto que testimonia la recíproca donación de los padres.

Dimensión trascendente

El cuerpo es un conjunto biológico, pero también **expresión del espíritu encarnado**. Muchas veces estas técnicas ven al cuerpo como algo separado del espíritu, como cosa u objeto. Entonces si el cuerpo es cosa u objeto, se lo puede manipular, controlar, encauzar de forma utilitaria; se le puede hacer muchísimas cosas que la técnica sabe. En cambio si el cuerpo es cuerpo habitado por un espíritu, es parte del ser persona, entonces no se lo puede someter a una ciencia y a una técnica que no tome en cuenta la verdad y el bien total de la persona. Porque el origen de una persona humana tiene que ser el resultado de una donación interpersonal; la persona es un alguien y no un algo.

La ética personalista reconoce el sentido trascendente de la vida humana, con lo cual el hijo no podrá ser fruto de un proceso técnico sino de la donación generosa. No existe como tal un “derecho a tener un hijo”; existe responsabilidad, deber, privilegio; existe derecho a procrear, pero no a tener este hijo pase lo que pase y bajo toda condición.

El hijo ha de ser generado y no fabricado. La dignidad del hijo exige verdadera filiación: que el padre y la madre sean los mismos en continuidad genética, social y biológica. Respeto y protección de la vida desde sus comienzos.

El personalismo prudente o prudencial y la planificación natural también tienen su afinidad.

Esta última nos apoya en la defensa de la estructura natural del acto conyugal como única forma con garantías para venir al mundo, por la cual se respeta la persona, se fomenta la fecundidad y el desarrollo pleno de la propia personalidad del hombre de la mujer y su mutuo respeto.

Este respeto entre los esposos, este diálogo continuo, este apreciarse en ternura y no sólo apreciarse en el acto conyugal, va generando una atmósfera de familia, donde cada persona se atreve a ser quien es. Esa atmósfera de familia se irradia en solidaridad social y así se promueve una cultura de la vida, una civilización del amor.

El personalismo prudencial defiende el embrión humano como persona con dignidad inherente, por eso desecha contraceptivos que pueden suponer aborto.

Es una defensa de la vinculación y continuidad entre padres e hijos.

Esterilidad

Lucha contra la esterilidad como una verdadera terapia que devuelva al organismo humano su integridad y su funcionalidad porque tanto el anticonceptivo como la técnica de reproducción técnicamente asistida realmente sustituyen a la naturaleza.

Procreación responsable-planificación natural

Fomentar el ideal de la procreación responsable como una planificación familiar natural no se reduce al aprendizaje y aplicación de los métodos naturales. Es necesaria toda una educación de la afectividad y de la sexualidad para una vida familiar armónica. Es decir que el personalismo prudencial nos ayuda a reconocer que la planificación natural es un estilo de vida y no una técnica; que no refleja una decisión que se hace en ciertos días del mes sino una decisión que engloba toda la vida familiar. Consolida el matrimonio como comunión de vida y amor, fomenta la dignidad de la relación sexual al integrarla al cariño y la ternura.

Dos comentarios al margen

* Sobre los conceptos “embarazo deseado” y “embarazo no deseado”

No se suele hablar de aborto, sino de “interrupción del embarazo”. Pero en ello subyace la idea de que un embarazo deseado es una maravilla y un embarazo no deseado es una enfermedad para lo cual el aborto es la terapia. Se hace así toda una verdadera ingeniería semántica, propalada por los medios de comunicación, conducente a favorecer el aborto desde la perspectiva de derechos, de salud, etc.

** A la hora de dialogar con personas favorables al aborto*

A través del diálogo podremos llegar a un punto, a un consenso. En tal diálogo con personas de puntos de vista opuestos, hay que recordar que el aborto no debe verse como necesario, o como una opción, porque se han hecho estudios muy bien documentados que muestran que aun las señoras que se han provocado un aborto consideran que esto es una tragedia. Entonces para lograr un consenso hay que tratar demostrar, apelando a la dimensión espiritual, moral, económica y política, lo equivocado de violar una vida para salvar la propia, de violentar la dignidad del feto, la santidad de esa vida, en aras de la calidad de la propia vida.

II.

En la presentación anterior tratamos de cumplir con el segundo objetivo de la jornada. En esta última presentación intentaremos por lo menos aproximarnos al tercer propósito u objetivo.

Definición de espiritualidad

El concepto espiritualidad es un concepto muy debatido y popular en la bioética norteamericana. La desilusión que se sufre ante el materialismo y el consumismo ha puesto sobre el tapete el tema de la espiritualidad.

* En primer lugar no usamos la palabra espiritualidad como negación de la corporalidad o desprecio de lo sensible; ni como una especie de contraposición entre lo divino y lo humano. Más bien quisiera integrar el amor humano, el empeño por el progreso y la cultura, el goce de la vida, como componentes de la espiritualidad en el sentido contemporáneo.

El sentido contemporáneo de espiritualidad surge como un concepto no religioso. Espiritualidad en su sentido no religioso puede entenderse de la siguiente manera: una progresiva liberación del egoísmo, ir librándose de la concentración en los deseos del yo, del yo aislado, no del yo iluminado que va al otro para complementar el yo primitivo, el yo centrado en los deseos.

* En segundo lugar, consideramos la espiritualidad como proceso interno de profundización para tomar contacto con las raíces, con el centro de la existencia individual, con la personalidad.

* En tercer lugar, la espiritualidad genera energías que motivan, inspiran, orientan y transfiguran la persona en sí y en sus experiencias concretas. Supone en gran medida la experiencia de interrogarse sobre la identidad propia. Supone una visión en que uno contextualiza y establece una red de relaciones pertinentes entre el yo y la naturaleza, entre el yo y la historia, entre el yo y la sociedad. Y plantea la pregunta de por qué me ubico en esa red de relaciones. Supone una misión, porque la espiritualidad en este sentido no religioso ayuda a aceptar las dificultades y a apreciar con moderación los logros.

En otros lugares yo he llamado a esta espiritualidad una *espiritualidad horizontal en el tiempo*, una espiritualidad que parece ser *secular*.

Espiritualidad religiosa

Si ahora contemplamos la espiritualidad en su modalidad religiosa, encontramos lo que nos diría T. S. Eliot: *Hemos tenido la experiencia pero hemos perdido el significado*. Es posible que muchos de nosotros hayamos tenido la experiencia de la espiritualidad religiosa, pero tenemos que restaurar su significado. Sobre ello me gustaría decir dos o tres cosas.

Una espiritualidad religiosa supone, en cuanto a su significación, el descanso en Dios Padre como origen de la existencia, como sostenimiento providente y como finalidad de la vida propia. Redescubramos el rico concepto de Dios. Aquí no estamos frente al Dios de Nietzsche, a quien este último sencillamente declara muerto.

En la espiritualidad del P. José Kentenich, esa manera de vivir consciente de la realidad de un Dios vivo y actuante se llama fe práctica en la Divina Providencia.

La espiritualidad religiosa trata de amar a todos como Dios los ama. ¿Y cómo ama Dios? Si apenas conocemos a Dios ... ¿cómo sabremos cómo ama Dios? En la *Evangelium Vitae* hay una frase muy linda que dice: *Que celebremos y reverencemos la vida*. Dios ama, celebra, reverencia esa vida de la cual Él naturalmente es el único que tiene derecho de proveer.

Esto se recoge en el pensamiento del P. José Kentenich en la enseñanza de la *Alianza de Amor*. Este es un concepto riquísimo que hunde sus raíces en la Biblia. La Alianza de Amor supone un don, un regalo recíproco que va transfigurando la totalidad de la persona de acuerdo a lo que dicho don de amor significa. Supone una constante llamada a la fidelidad, a las raíces, al origen, un volver otra vez a lo que ese don nos ofrece desde su origen. La Alianza de Amor supone tiempo y necesita esfuerzo.

Una espiritualidad religiosa se gloria en la creación y se sabe responsable de continuar la obra creadora. Esto se recoge en el pensamiento del P. José Kentenich en la *Piedad Instrumental*.

Así pues el científico debe gloriarse en la creación tratando de conocerla, pero conocerla con reverencia y respeto; conocerla para continuar la obra ya inscrita en la naturaleza, sin sustituirla y sin violentarla.

Nos preguntamos ahora sobre el componente pastoral asociado a la espiritualidad.

- Este componente pastoral tiene una correlación con el componente prudencial. Una espiritualidad religiosa acentúa lo pastoral cuando utiliza la situación de la persona y sus necesidades y posibilidades como marco de referencia y no como factor determinante. Marco de referencia y guía para aplicar las enseñanzas ya conocidas, ya afianzadas, enseñanzas religiosa y espirituales. A eso le he dado un nombre: *principio de pertinencia*.
- Una espiritualidad religiosa es pastoral cuando busca ser sensible a las limitaciones de la persona: *principio de sensibilidad*.
- Cuando dialoga o utiliza el diálogo entre teología y ciencias psicosociales para enriquecer, con la vida concreta, lo que tal vez en teología se presenta más abstracto. En algunas corrientes teológicas eso se llama *principio de consistencia*: lo que es verdad según la reflexión teológica tiene que encontrar su repercusión en la vida.
- Por último, una espiritualidad religiosa es pastoral cuando evalúa cómo los principios religiosos espirituales transforman la vida: *principio de transformación*.

Antes de proceder a la aplicación, plantearé el siguiente interrogante, un tanto incómodo: ¿Por qué no nos quedamos con la antropología filosófica, con el personalismo prudente? ¿No es suficiente para explicar y justificar los dilemas relacionados con el inicio de la vida humana? ¿Por qué no nos quedamos con la teología moral como una ciencia muy respetable? ¿Por qué y para qué una espiritualidad? ¿Por qué y para qué una espiritualidad pastoral? ¿No es acercarnos demasiado a la experiencia, a la vida y lo concreto?

Porque la ética del personalismo prudente, la ética filosófica, en cuanto convicción y estilo de vida, necesita una raíz existencial.

Ya habíamos dicho que la ética no es un conjunto de normas o reglas que deben aplicarse de forma automática mecánica. Una ética apropiada a los desafíos descritos ha de ser una ética que se enraíza a modo de convicción, que piensa en el

científico, en el clínico, en el filósofo, en el abogado, en el político, en la persona que está trabajando con los temas de los cuales hemos hablado ya suficientemente.

Por eso necesitamos una espiritualidad que nos ayude a tocar esa raíz existencial, a entrar en la interioridad, a tomar contacto con la subjetividad personal.

Es también importante plantearse si el reconocimiento del carácter finito, contingente, dependiente y, vulnerable de nuestra existencia no nos hace a veces arrogantes intelectualmente a la hora de hacer filosofía. En este punto recuerdo siempre a Edit Stein, quien jamás separa al conocimiento del amor, y es en esa línea que estoy tratando de presentar esta idea.

De modo que toda teoría ética presupone alguna antropología que incluya a su vez una visión del mundo y del ser humano, incluso una visión prerreflexiva, esa energía, esa vitalidad que acompaña el pensar, el decidir y el amar y que nos define desde la raíz misma de nuestro ser.

Integración de la afectividad

En la espiritualidad religiosa pastoral se acepta una concepción de la persona en el sentido amplio, que incluye la afectividad. Entiéndase por afectividad lo emotivo; pero lo emotivo como motivación y ánimo para la moral. Por eso hay que educar la emotividad.

La educación del corazón va por la vía de la espiritualidad: no se reprimen ni ignoran ni desprecian las emociones asumidas en su plena vitalidad, sino que se las reconoce, afirma y valora, colocándolas al servicio de la persona bajo la luz de la razón y la orientación de la voluntad.

La figura de María

No puedo dejar de señalar que hay una antropología filosófica, espiritual, religiosa y pastoral recogida en la enseñanza del P. José Kentenich en torno de la Virgen María bajo la advocación de la Inmaculada. Este tema es amplísimo. No sólo se puede hablar de la Virgen “confesionalmente” sino también contemplándola desde un punto de vista filosófico - espiritual, y ver así que su modo de pensar, decidir, sentir, e incluso vivir su corporalidad es algo que la razón iluminada por la fe puede entender.

En resumen, esta espiritualidad pastoral religiosa

- nos permite ver el trabajo, ya sea científico, técnico o filosófico ligándolo a los valores del espíritu. Hace posible transformar el trabajo en oración, contemplación y agradecimiento por la obra del creador.
- Hace posible además que la profesión sea una genuina vocación, más allá de la dimensión lucrativa. Y vocación significa una llamada de Dios para responder con generosidad, empatía, paciencia y reverencia a los desafíos de la vida, entre ellos, los concernientes al inicio de la vida.
- Puede ser también una fuente de inspiración y aliento ante el misterio y el secreto de la vida en sí, ante el misterio y el secreto del amor.

Aplicación de esta espiritualidad religiosa

Hemos hablado de la categoría de vida humana. A su vez el término “calidad de vida” es un criterio psicosocial, tiene que ver con cálculos de beneficios y riesgos.

La ciencia y la técnica sustentadas en el personalismo prudente favorecen un concepto de vida como realidad depositaria de una dignidad inalienable. La filosofía nos decía que ser persona implica respeto de la integridad y trascendencia propias de la persona.

Por un lado existe una trascendencia en el orden temporal, yo trasciendo mi momento proyectándome en el futuro y, por otro, una trascendencia en el orden sobrenatural, donde mis anhelos de bien, belleza y verdad me llevan a postular la existencia de un Ser Supremo.

Finalmente, la espiritualidad religiosa centra su aporte en la dimensión o interpretación de la vida en términos de santidad. Porque al ponerse la vida en contacto con Dios, o al tener su origen en Dios y su finalidad en Dios, se va santificando. Este es un concepto muy importante.

El cristianismo aporta dos aspectos esenciales a la reflexión ético - filosófica:

- ilumina los bienes humanos ya descubiertos por la razón, por eso la fe no destruye la razón sino que la eleva, corrige y amplía.
- Aporta una visión de la realidad que incluye el interrogante sobre el origen y la finalidad.

Desde este punto de vista la santidad de la vida, la vida inocente, se enraíza en la condición de ser creaturas creadas según imagen y semejanza divina.

Por esta vía se ve bajo una luz muy diferente cuestiones como si el embrión se congela o no se congela; si el paciente terminal lo es en el sentido literal del término o bien está pasando por un proceso que es el morir...

El compromiso más profundo con la vida emana de la esfera espiritual. Porque se trata de afirmar, promover y celebrar toda la vida humana, independientemente de las condiciones bajo la cual se presente. Esto está tomado de *Evangelium Vitae*.

El hombre, imagen y semejanza de Dios

Esta espiritualidad nos hace ver el bien propio de la vida humana en un nivel radical e integrador: la relación con Dios y, en Dios, con todo lo demás.

De modo que ahora la articulación precisa de la santidad de la vida es la relación de amor paterno-filial entre Dios y el hombre, es la realidad de ser imagen de Dios. En ello consiste la santidad como base de la dignidad y la dignidad como fundamento de la calidad.

Ser imagen de Dios es don y tarea, estado y objetivo de la existencia. Ser imagen de Dios no es una capacidad que se posee y se puede perder, sino expresión de nuestra esencia. Las capacidades en desarrollo se nutren de esa estructura esencial de ser imagen y semejanza de Dios; pueden expresarla o no, pero no violentarla. A su vez, la relación de amor paterno-filial es la base de la libertad de los hijos de Dios.

Libertad de los hijos de Dios

¿Qué es esto de la libertad de los hijos de Dios? Habíamos hablado de la libertad de elección. Ahora bien, al escuchar una frase como “hacer lo que quiero, porque lo quiero y cuando lo quiero”... suena muy atractivo... pero uno piensa en el adolescente que se siente ya adulto y dice en su casa “ahora hago lo que quiero, porque quiero, cuando quiero”...

En cambio aquí nos referimos a una libertad enraizada en la comunión con Dios. La libertad propia de la creatura, la libertad que se conjuga con la dependencia. Esa libertad expresada en el *¡fiat! ¡hágase en mi según tu palabra!* permite que más adelante la Virgen pueda cantar su Magníficat. Hoy en día cantamos el Magníficat sin haber pronunciado el fiat.

- La libertad de los hijos de Dios sabe decir primero *fiat*, y recién luego entonar el Magníficat.

- Es una libertad como respuesta responsable al bien; es una libertad receptiva ante la verdad sobre lo que significa ser persona. Es ahí donde recordamos que el conocer la verdad nos hace libres.
- Es una libertad basada en la esperanza, mas allá de esta vida de adversidades y tentaciones.
- Es una libertad que se va fortaleciendo en la autoeducación, en el cultivo de las virtudes.
- Es una libertad que culmina en un cultivo acético de la filialidad hacia Dios Padre amoroso.

Naturalmente todo esto ha sido también una experiencia del P. José Kentenich, quien nos habla de la naturaleza y función de la Alianza de Amor para afirmar el orden creado, para intentar una vinculación de todo el orden creado a la fuente divina. Porque esa fuente divina ofrece el significado fundamental de todo lo creado. Sin embargo nunca se separa lo creado del Creador, vale decir, se cultiva una visión orgánica, integradora, de la realidad.

Aplicaciones más específicas

* *Aplicación de la espiritualidad cristiana en el caso del embrión humano*

El embrión merece la misma reverencia que una persona realizada, aun cuando esté en vías de su total actualización. Ese embrión debe ser visto como un ser creado y moldeado en el seno materno por un Dios personal en, por y para el amor.

Este componente espiritual nos anima, nos fortalece y nos da esperanza para plantear lo que el personalismo prudente nos recomendó en lo concerniente al embrión congelado y la generación de embriones íntimamente asociados a la procreación artificial.

Ningún marcador biológico arbitrario o lapso de tiempo puede cambiar el hecho que el óvulo fecundado es una naturaleza humana con dignidad de persona, con un ideal personal individualmente creado. Esto queda reafirmado por la enseñanza sobre la realidad de ser imagen y semejanza de Dios.

No basta con decir que el embrión es persona actual.

El embrión humano no debe ser objeto de diseño, manipulación, experimentación ni intervención técnica con fines científicos, por mas útil que todo ello sea para la medicina. La excepción es cuando una intervención terapéutica supone un bien para el embrión.

Espiritualidad cristiana y genética

Las manipulaciones para rehacer la raza humana de acuerdo con alguna imagen ideal de persona proyectada por el ser humano es o se puede ver como una afrenta a la presencia creadora y providente de Dios. Porque Dios es un Dios creador providente y no un Creador que luego de la creación se desentiende de lo creado. Es así un Dios que ha creado y continua sosteniendo su creación.

De modo que la intervención sin reverencia o la intervención manipuladora es una intervención que va en contra del acto creador y del acto de providencia que en el caso de Dios es uno.

Lo genético se incorpora orgánicamente al bien de la persona en cuanto supone un vínculo con Dios.

Por más defectuosa que pueda ser la condición genética del embrión, feto o etapa en que se encuentre el ser humano en su desarrollo, no justifica que se subestime su dignidad y santidad inherentes, usándose para trasplantes o experimentos, o bien destruyéndolo.

El escrutinio genético no puede apuntar a una alteración de la identidad humana porque dicha identidad deriva de un absoluto, es obra de un Dios providente.

No hay producto de una decisión humana en torno del embrión o feto - tales como aborto, anticonceptivo, etc.- que pueda afectar la integridad misma de esa vida ante los ojos de Dios. Según la concepción cristiana, el aborto niega a la persona del aún no nacido la existencia y su destino de amar y ser amado.

Ahora bien, algunos estarán pensando: ¿por qué dejar que nazcan vidas destinadas a ser despreciadas? No creo que el aborto y el anticonceptivo sea la solución. Creo que la solución está en reformas y programas psicosociales, políticos y económicos que fomenten ambientes acogedores.

Hay una obligación moral de educar en el orden de la procreación humana en, por y para el amor, al igual que compadecer y auxiliar a la madre en crisis.

La espiritualidad fomenta la sensibilidad y la apertura al orden natural como estilo de vida, como antídoto contra el imperativo tecnológico. Este imperativo tecnológico afirma que lo que técnicamente es posible, es también aconsejable y moralmente posible; y que lo que la técnica trastorna - las consecuencias y riesgos indeseables de la técnica -, ha de corregirse con más técnica.

Revaloración de lo natural y de la naturaleza

La espiritualidad nos ofrece una visión que revaloriza lo natural. El imperativo técnico aborda la naturaleza como una materia inerte, neutral; algo que está allí para ser rediseñado, controlado, manipulado y utilizado.

En la espiritualidad cristiana se restaura o reafirma el valor de la naturaleza en sí misma. Pero una naturaleza en la cual puede calar la razón que es capaz de reconocer sus normas intrínsecas.

La espiritualidad cristiana contempla la naturaleza, en el plano religioso, como expresión del deseo de Dios. En efecto, la espiritualidad cristiana reconoce una dimensión de lo natural que es la de ser expresión de la inteligencia, voluntad y amor divinos, sin por ello desentenderse de la ciencia y la técnica. Por lo tanto debemos cultivar una doble dimensión de la realidad, integrando orgánicamente ciencia, técnica, filosofía, espiritualidad.

El niño, don de Dios

Reafirmación de la unidad orgánica entre amor conyugal, matrimonio, familia y prole como camino de santificación, perfección y felicidad. La espiritualidad cristiana considera a los niños como dones o encomiendas de Dios. Se habla de derechos de los niños precisamente porque ellos son personas, aun cuando se encuentren en una etapa de desarrollo.

Ahora bien, el cristianismo aporta su apoyo a esos derechos, elevando la fecundación humana a nivel de participación en la obra divina. Considerar las cosas desde este punto de vista es difícil, por eso habíamos dicho que la espiritualidad tocaba la afectividad, el corazón.

Afectividad

Creo que fue Santo Tomás de Aquino quien dijo que muchas veces los conflictos en los debates filosóficos no son conflictos entre ideas sino conflictos entre lo que anida en los corazones.

De modo que lo que estamos exponiendo supone un cambio de corazón. Es necesario calar en ese corazón, y con la ayuda del Espíritu Santo discernir qué es lo que hay en él que me acerca a la espiritualidad de la que hemos hablado, a la filialidad ante un Dios que es Padre y no un mero Dios juez.

Un pensar integrador, orgánico

Todo esto supone un modo nuevo de pensar, deliberar y decidir. Según el P. Kantenich, se trata de un pensar, deliberar y decidir que tome en cuenta la vida y sus

exigencias. Y en ello reside la prudencia. Un pensar que también tome en cuenta las ideas en todos sus niveles: científico, filosófico y teológico. Y lo haga de forma orgánica, vale decir, que los distintos niveles de pensamiento se sostengan, se brinden seguridad unos a otros, cooperen todos en su mutua profundización y realización. Así el pensamiento teológico, filosófico, científico... el que esté en un estrato inferior servirá de base y afianzamiento para el que ocupe la esfera superior.

El pensar orgánico es un pensar atento a lo histórico, a las circunstancias cambiantes y dinámicas. La espiritualidad de la cual hemos hablado genera un ambiente de paz y reciprocidad respetuosa en el hogar, en la comunidad y en la sociedad, fomentando la cultura de la vida, la civilización del amor.

Esta espiritualidad infunde alma a la abstinencia - la disciplina en el orden sexual - para que se convierta en una forma más profunda e integradora del amar como don de sí al ser amado. Porque el amor no es tanto poseer ni es tanto dominar. Porque para entender el amor como un pleno regalo de sí al servicio del bien del otro, se necesita, como dicen los de mi país muy pintorescamente, “Dios y su ayuda”

En resumen, hemos presentado una espiritualidad que sustenta un método orgánico de

- observar con discreción, reverencia y atención, como hace el científico,
- comparar o ver desde varias perspectivas,
- interpretar e integrar en términos de principios objetivos y
- aplicar estos principios a la vida como lo hace el personalismo prudente.

Se trata además de una prudencia conjugada con la filialidad y la fe práctica en la Divina Providencia. Es necesario fomentar la formación de la conciencia según un pensar, decidir y sentir modelado en la fe, la esperanza y el amor. Esto supone un discernimiento moral en consonancia con una visión del ser humano como instrumento libre en las manos de un Dios considerado como causa primera, pero ante quien nos reconocemos como causa segunda eficiente, inteligente y libre.

Con respecto a este último tema, se suele observar actitudes extremas: “Sólo existe causa primera y no hay causa segunda: Dios lo hace todo y yo acá me cruzo de brazos”, o bien el otro extremo: “Soy causa segunda, pero me olvido de que hay una causa primera: yo lo hago todo”: arrogancia, determinismo.

El camino medio - lo que no quiere decir mediocridad ni cosa por el estilo -, es considerar a Dios como causa primera de quien dependo, y a nosotros como causa segunda que se esmera por entender científicamente y actuar técnicamente, pero dejándose guiar por la verdad que Dios ha regalado a la naturaleza humana y que está orientada hacia el bien integral. Esto supone afirmar la identidad, la dignidad y la integridad propias, pero también abrirse a la trascendencia.

Muchas gracias.

CUARTA PARTE

En su razonamiento natural, el Personalismo Orgánico reconoce a la muerte como un suceso natural y paso necesaria de una vida plena. En consonancia con la Revelación cristiana, afirma la muerte como una experiencia transicional hacia una etapa de eternidad que corona la vida terrena, por decisión gratuita y amorosa del Creador/Providente.

El Personalismo Orgánico describe el morir como una experiencia profundamente personal. La muerte es un desafío para todas las dimensiones del ser humano, desde las físicas hasta la espirituales, y reviste particular urgencia para esta última, colocando así a la persona en diálogo con la trascendencia concebida profana o religiosamente.

Asimismo describe el morir como una experiencia comunitaria que exige solidaridad en la compasión y esperanza de parte de familiares y profesionales al servicio de la persona moribunda, quienes han de atender tanto el dolor físico como el sufrimiento psíquico y espiritual.

Seguidamente presento algunos de mis escritos en torno al final de la vida desde la perspectiva del Personalismo Orgánico en cuanto ética y espiritualidad.

En torno del dolor y del sufrimiento

Introducción

La prestigiosa entidad reguladora de las instituciones del cuidado de la salud estadounidense (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) acaba de indicar que el control o manejo del dolor representa una prioridad en los próximos dos años (1998 – 2000). En este sentido propone:

1. Analizar las prácticas actuales en el manejo del dolor y estudiar las nuevas iniciativas para su control.
2. Analizar la literatura pertinente y entrevistar a los expertos de las “*clínicas para el control del dolor*” antes de diciembre (1998).
3. Implementar gradualmente las recomendaciones antes del año 2000 (cf. documento adjunto).

Una de esas recomendaciones merece nuestra atención particular: “*Proveer educación profesional en todos los niveles del manejo del dolor*”. En esta educación se incluye los aspectos éticos de la intervención o terapia.

Creo oportuno recordar que en un estudio reciente sobre los objetivos globales de la medicina, realizado por el Hastings Center, conocido pionero en bioética, se insistió en el “*alivio del dolor y del sufrimiento causado por el malestar*” como una de las justificaciones de la existencia de profesiones de la salud.

Se indica a su vez que el cuidado paliativo está en muy malas condiciones y que el alivio del sufrimiento recibe aún menos atención que el control del dolor. Un estudio de tres años de duración llevado a cabo por la Johnson Foundation (1997), conocido por las siglas inglesas SUPPORT (*Study to understand Programs and Preferences for Outcome and Risks of Treatment*) señala el uso insuficiente de intervenciones clínicas para el control del dolor, al igual que un descuido en la concepción del morir como proceso de dimensión personal, comunitaria y espiritual.

Un somero estudio de los documentos aquí citados permite apreciar diferentes interpretaciones en cuanto a la formación del profesional de salud y su relación con el paciente y su comunidad. Algunos médicos no reconocen el estado mental de sus pacientes y por tanto tienden a ignorar ese aspecto. No se ve al paciente como una persona que también busca sentido, rumbo y permanencia ante la experiencia del dolor y del sufrimiento. Incluso se llega a dudar de la existencia del dolor cuando el paciente narra su vivencia.

Muchos doctores tratan las condiciones psicológicas de sus pacientes con narcóticos, cuando lo oportuno sería la psicoterapia o un poco de empatía y misericordia cristianas.

Otro problema son los límites que deben respetar los profesionales de la salud a la hora de tratar de eliminar el sufrimiento o bien discernir en qué consiste aliviar y buscar sentido para el sufrimiento sin proponer el suicidio médicamente asistido.

Es preciso reconocer que los pacientes terminales y aún los crónicos se hacen preguntas filosóficas sobre el sentido de la vida y de la muerte. Con cierta frecuencia los profesionales de la salud no están preparados académica ni espiritualmente para dialogar sobre los interrogantes existenciales. En este sentido D. Callahan afirma que su misión clínica es intervenir en caso de dolor sólo cuando este sea somáticamente verificable, pero no atender la ansiedad que el mismo pueda generar.

Este seminario no pretende resolver en toda su amplitud la problemática planteada. Para atender todos los casos hay que contar con largos plazos, coordinar las áreas sociales e institucionales y realizar un esfuerzo sostenido y hecho con convicción personal.

Sí, en cambio, podemos brindar un aporte para la formación ética del profesional de la salud, a fin de que adquiriera una percepción más fina y una mayor orientación a la hora de interpretar el dolor y el sufrimiento y poner manos a la obra para aliviarlo.

La tarea no es fácil. ¿Por qué? Porque para controlar el dolor, las profesiones de la salud (la medicina en particular) se inspiran en un modelo biomédico de salud y enfermedad, en el que se acentúa la objetividad empírico - científica y la intervención técnica. Por otra parte, cuando se trata de aliviar o compadecer a la persona que sufre, nos parece adecuado el modelo psicosocial de percepción empática y comprometida con la persona concreta que sufre.

El juicio clínico debe incluir ambos modelos. Al finalizar la presentación introduciré el concepto aristotélico de frónesis (φρονησις) clínica, a fin de conciliar las dos corrientes existentes en la formación de los profesionales de la salud: **la corriente científico - técnica y la existencial. Ambas se hallan en una mutua relación de tensión.**

La persona y el dolor

Tomemos como punto de referencia la persona misma, base y fundamento del discurso ético y cuyo bienestar es la razón de ser de las profesiones de la salud.

La persona se presenta como una unidad sustancial (esencia), y no sólo operativa (función), de dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas e intelectuales y volitivas que se integran admitiendo asimismo una dimensión *espiritual*.

La dimensión espiritual del ser humano

1. supone una búsqueda de objetivos que infundan sentido a la vida y la enriquezcan;
2. constituye una fuerza poderosa y determinante en el núcleo psíquico;
3. es impulso para vivir, ser libre, entender, gozar, crear, vincularse y trascender lo meramente individual.

Precisamente el aspecto de “*búsqueda de sentido*” constituye un desafío para el médico y su paciente que vive el dolor y sufrimiento. Se trata de buscar sentido en la creatividad (¿cómo configurar un plan de vida que incorpore el dolor - sufrimiento?). Se trata de buscar sentido en la experiencia (el dolor y el sufrimiento pueden fragmentarla). Se trata de buscar sentido en las actitudes (¿cómo interpretar de modo positivo el dolor - sufrimiento?)

De cara a la persona, la medicina en particular puede ser concebida como “*la ciencia y el arte de responder al dolor y el sufrimiento*”, aún cuando su meta final siga siendo promover la salud y la vida (Cassell, Loewey, Pellegrino).

Antes de exponer las responsabilidades éticas de las profesiones de la salud ante la persona dolorida y sufriente, es preciso acordar algunas definiciones y distinciones básicas en torno de lo que es dolor y sufrimiento.

Dolor

Se lo puede considerar como un concepto más restringido que se ubica dentro de otro más amplio que es el sufrimiento. Ahora bien, el sufrimiento puede suponer dolor físico pero también otras dificultades humanas de carácter económico, familiar, psíquico, social, etc.

No es de mi competencia exponer los aspectos neurológicos del dolor. Tan sólo puedo citar una definición que ustedes reconozcan como científica y clínicamente aceptable. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como: *una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño actual o potencial de un tejido*.

El dolor supone percepción y conciencia de un proceso neurológico o de una señal corpórea indicativa de algún quebranto, daño o enfermedad somática.

Crónico

Se acostumbra a distinguir entre dolor crónico y agudo. Por lo general el dolor crónico es de larga duración y sus efectos psicológicos (irritabilidad, depresión, aislamiento, etc.) son predecibles. No están indicados en este caso ni la cirugía, ni los narcóticos ni los relajantes musculares. El paciente se fatiga y se puede acentuar el sufrimiento ligado al dolor.

Agudo

En cambio el dolor agudo es de corta duración y su patología sirve de recurso para predecir su condición futura. En este caso están indicados la cirugía, los narcóticos y los relajantes. El paciente sufre pero sus expectativas psicológicas pueden ser diferentes de las del paciente con dolor crónico.

En el diálogo y deliberación entre médico y paciente es de suma importancia la cuestión del significado e importancia del dolor, de su interpretación (¿qué es y por qué?) y de su valor (¿para qué?).

Hasta aquí hemos presentado al dolor como categoría básicamente somática. El médico de competencia clínica objetiva mide e interpreta el dolor por vía de pruebas de laboratorios e instrumentos finamente calibrados.

Sufrimiento

Sufrimiento es un concepto muy amplio que abarca no sólo la reacción generalmente desagradable o negativa ante el dolor, la pérdida de una función, la crisis emocional, la inseguridad económica, la pérdida de orientación vital y la amplia gama de dificultades de la existencia humana.

En esta oportunidad me limitaré a exponer el aspecto del sufrimiento que está más íntimamente ligado a la experiencia de dolor corpóreo.

El sufrimiento resiste explicaciones fisiológicas y bioquímicas. Algunos lo llaman “*misterio*” que trasciende el orden empírico y las destrezas ordinarias del profesional clínico ante los problemas.

De cara a este misterio, los médicos pueden asumir actitudes como las siguientes:

1. Ignorar el sufrimiento considerándolo aclínico.
2. Asignar responsabilidades a otro profesional, a la familia o a un ministro religioso.
3. En caso de definirlo como problema “*clínico*”, lo reduce a datos empíricos.

Sería oportuno que estos médicos, siguiendo al filósofo Gabriel Marcel, aceptasen el misterio; que interviniesen para controlar el dolor aplicando una terapia científicamente sustentada, pero complementada por la empatía, la compasión y el cuidado paliativo.

Aún si la esencia del sufrimiento supera nuestra comprensión, podemos entender algunas de sus características existenciales:

1. El sufrimiento significa un desafío a la confianza básica en la vida en cuanto proceso coherente y consistente.
2. El sufrimiento se experimenta como la intromisión de algo extraño y ajeno al propio ser.
3. El sufrimiento suscita el anhelo de hallar una explicación y un significado del mismo, de aceptarlo como inherente a la existencia humana.
4. Normalmente el sufrimiento despierta o agudiza el anhelo humano de trascender el orden natural.

La experiencia clínica muestra que a menudo la persona enferma y con dolor sufre, y que tal sufrimiento puede asumir diferentes formas: sensación de aislamiento, pérdida de armonía psicosomática, incertidumbre, carencia de libertad para actuar, desintegración del universo cotidiano, dudas ante el futuro, atención reducida o enfocada en el presente con atención particular sobre el cuerpo o zona dolorida, desconfianza ante el cuerpo que, de alguna forma, lo ha traicionado.

En suma, el sufrimiento puede entenderse como un estado específico de malestar severo inducido que acarrea pérdida de integridad, coherencia y sentido de totalidad y autopertenencia. Es evidente que el sufrimiento sólo es posible para quien es *persona*.

Recordamos que *ser persona* representa una unidad sustancial de corporeidad, sentido de un "yo", historicidad propia, conjunto de creencias e ideas, tendencias subconscientes, vínculos personales, pertenencia a una cultura y a un ambiente, y anhelo de espiritualidad.

El sufrimiento se produce cuando se padece un quebranto o una interrupción imprevista e inexplicable de algún aspecto de los que hemos mencionado y que configuran la unidad sustancial de persona.

El sufrimiento es una experiencia universal pero, en cuanto acontecimiento o suceso, es único e individual, desafía las metas y propósitos personales, puede conducir a un conflicto con uno mismo y con frecuencia genera un sentimiento de abandono.

Cada individuo responde al sufrimiento de acuerdo a su historia personal, cultural, social y étnica, tradición religiosa, valores y circunstancias personales. Puede verse a sí mismo como víctima de una discriminación, confrontado con lo absurdo de la vida o bien - si es cristiano - como favorecido por la Providencia Divina.

La relación del médico con el paciente que padece dolor y sufrimiento

¿Cómo ha de ser la práctica clínica a la hora de abordar el sufrimiento? Recordemos que hemos llamado “misterio” al sufrimiento. De ahí entonces que el hecho de aceptarlo pueda exigir del médico ciertas virtudes difíciles de promover en un ambiente científico - técnico.

1. Es preciso fomentar la valentía en el sostenimiento de las convicciones personales, la perseverancia, la autoeducación en cuestiones existenciales.
2. Por otra parte, para llevar a cabo el proceso del consentimiento ilustrado resulta clave no sólo poseer una mera destreza de comunicación sino respeto por la persona del sufriente. Una red de apoyo técnico, psicológico, moral y espiritual facilita la perseverancia ecuánime y efectiva en el cuidado del paciente que sufre.
3. Ante el paciente, el médico ha de cultivar la *empatía*. Se trata de un modo reflexivo e interpersonal de conocimiento. En virtud de la empatía uno comparte hondamente y comprende el estado psicológico momentáneo de otra persona. Supone la capacidad de aceptar y apreciar la vida afectiva de otros manteniendo a la vez el sentido del propio yo para que se produzca una experiencia cognoscitiva.
Gracias a la empatía de un médico o profesional de la salud, el paciente puede sentirse reconocido y aceptado como persona individual y estimulado en lo que hace al respeto de sí mismo. Quizás el paciente experimente el deterioro de sus funciones, la desintegración de su vida, el aislamiento y desee guardar silencio. El médico ha de respetar el silencio, pero brindar su compañía. Quizás el paciente experimente más adelante determinada incapacidad y tome una posición pasiva y depresiva. El médico puede animar entonces con la palabra esperanzadora, pero a la vez honesta y veraz. Quizás el paciente recupere el autocontrol de su cuerpo, las emociones y se adapte a las circunstancias. Aquí el médico contribuirá a una reconfiguración de la vida a partir del sufrimiento.
4. Por vía de *la conversación o deliberación* compartida el médico puede iniciar la apertura hacia el paciente, disponerse a ver y escuchar al paciente desde su perspectiva.

5. La *introspección* es condición para la empatía. Mediante ella el médico capta el significado del sufrimiento en su propia vida y se puede imaginar el mundo interior del otro. Así podrá centrar su atención benévola y reverente en el otro que sufre. De ese modo procurará activar los recursos espirituales del afligido y fomentar el desarrollo de los mismos.
6. Es necesario insistir en el *carácter religioso* de los recursos espirituales que permiten interpretar al sufrimiento en un sentido positivo o al menos esperanzador. Teológicamente hablando, podríamos indicar varios sentidos del sufrimiento:
 - a. El sufrimiento es resultante del pecado y, por lo tanto, un modo de restaurar el orden justo alterado.
 - b. Es recurso educativo para la purificación ascética.
 - c. Es sacrificio por el bien común de la familia de Dios.
 - d. Se sufre a causa del mal y el caos en el universo. Ese sufrimiento nos lleva a depender de la Providencia Divina.
 - e. Es un acontecimiento misterioso e inexplicable que nos une a Cristo Redentor.

Relación médico - paciente en el contexto hospitalario

Una institución que ignora, evita o de algún modo niega el dolor y el sufrimiento en el paciente, puede generar aislamiento, apatía e inseguridad en dicho paciente, lo que reducirá la eficacia del cuidado y a veces hasta la cura clínica. Influirá asimismo sobre los proveedores del cuidado, quienes menospreciarán entonces el apoyo espiritual y psíquico necesario para perseverar en la empatía y la compasión.

Sugerencias prácticas

Paso a ofrecer algunas sugerencias que surgen de trabajos empíricos hechos con criterios científicos:

1. Proveer un lugar privado y correspondientemente equipado y decorado para la interacción personal, particularmente cuando haya que dar noticias tristes.
2. Tratar con sensibilidad al paciente dolorido o sufriente y colocar personas profesionalmente formadas para asistirlo. Propongo que sean personas formadas con rigor científico pero sin represión emocional, vale decir, capacitadas para la empatía, compasión y misericordia, y suficientemente sólidas como para no abandonarse a la frustración o la formulación de juicios críticos probablemente injustos para con quien sufre.

3. Aceptación, en el plano del grupo interprofesional, de las reacciones diversas de los pacientes ante el dolor y el sufrimiento:
 - Negación, escape, aislamiento e incluso rencor.
 - Acusación de otros y lamentación crónica.
 - Aceptación inicial de la información e interpretación personalizada y contextualizada según la cultura y nivel socioeconómico.
 - Reconocimiento abnegado del dolor y del sufrimiento.
 - Inicio de una reconfiguración de la vida basándose en la aceptación.
4. También a modo de grupo o red de apoyo interprofesional, es conveniente dispensar al paciente el acogimiento personal necesario para que éste proyecte su reacción emotiva: llanto, risa, lamento, etc., y ensaye la reorganización del yo fragmentado.
5. Proveer y enseñar técnicas de relajamiento u otras psicoterapias.
6. Facilitar la toma de decisiones, recurriendo particularmente al comité de ética institucional:
 - Interpretando con el paciente (diálogo - modelo deliberativo) sus opciones a la luz de sus valores.
 - Explicando los principios éticos y fortaleciendo las virtudes del paciente.
 - Deliberando críticamente para asesorar, aconsejar, evaluar y recomendar opciones al paciente y a su familia, a fin de reinfundir sentido a la vida y restaurar la vivencia comunitaria.

En cuanto a las responsabilidades compartidas entre las profesiones de la salud ante el paciente dolorido y afligido:

- 1. Contrarrestar el aislamiento del paciente mediante la compañía y cercanía personales.**
2. Ser testimonio del sufrimiento concreto mediante la compasión fundamentada en la empatía, y contribuir a la autoestima del paciente.
3. Fortalecer al afligido en el abordaje de su dolencia y angustia para contribuir a la integración de sí mismo como persona.
4. Insistir en el respeto y la reverencia ante el dolor y el sufrimiento. Constituir de este modo *una comunidad solidaria de cara a la condición humana universal y en apertura a*

la trascendencia espiritual (E. Loewey). Como diría E. Levinas, “*la vida ética se inicia cuando la persona, liberándose de la fuerza centrípeta que lo impulsa hacia la individualidad, necesidades, intereses y valores propios, emprende el camino hacia el prójimo. Ese camino comienza a recorrerse cuando se es capaz de apreciar también la vulnerabilidad del otro.*” En este sentido, Max Van Mallen escribe: “*Cuando veo al otro como una persona que puede quebrarse, angustiarse, padecer dolor, sufrir... me abro entonces al ser esencial del otro... Es la experiencia del desprendimiento de sí mismo y de sentirse responsable por el otro*”⁴¹. Al reconocer mi yo como ser único y capaz de sufrir y también al prójimo como persona única y vulnerable al dolor y al sufrimiento, surge una responsabilidad que, más que un imperativo categórico del deber, es una llamada al *amor misericordioso*. El amor misericordioso es mucho más que la profesionalización de las virtudes de la empatía y de la compasión. Más bien se funda en una espiritualidad o encuentro personal del profesional con su propia autenticidad, lo cual supone una dimensión explícitamente religiosa.

Reflexiones sobre la educación del profesional de la salud

El dolor y del sufrimiento deben ser atendidos con competencia profesional, científica y técnica; pero asimismo con sensibilidad y compasión empática. Para ello se necesita una educación multidisciplinaria en ética clínica.

Recientemente han surgido corrientes críticas en relación con la ética médica deductiva – teórica y con la ética del **principalismo** (en la versión de Childress y Beauchamp). Se las acusa de no tener la suficiente sensibilidad ante la vivencia concreta y específica del paciente. Ya en otro artículo he criticado a la ética médica casuística por conducirnos a la incertidumbre del relativismo.

Tampoco resulta suficiente el añadido de una serie de métodos de reflexión ética con ricos matices psicosociales, tales como los cultivados en las llamadas ética comunitaria, ética del cuidado, ética narrativa, ética feminista y ética de la autenticidad.

A modo de anticipo de un estudio posterior, propongo una ética clínica regulada por la frónesis aristotélico - tomista. Se trata de un tipo de racionalidad más amplia, rica y compleja que la racionalidad instrumental de carácter científico - técnica (praxis médica) **y que la racionalidad formal de la filosofía teórica.**

La frónesis clínica mantiene la objetividad y distancia clínicas inherentes a las funciones de cálculo, predicción y eficacia del diagnóstico y pronóstico médico, pero no presenta a estas como finalidades en sí sino como recurso al servicio de las metas

⁴¹ Citado por Dixon, K.M., “The quality of mercy”, en: **The Journal of Clinical Ethics**, otoño de 1997, pág. 291.

de la medicina (*arte y ciencia del dolor y del sufrimiento*, entre otras que no hemos destacado en esta presentación).

La frónesis clínica supone conocer al paciente como persona, para así interpretar los datos clínicos en el contexto específico de sus vivencias.

Naturalmente se ha de establecer un diálogo continuo con la *persona* del paciente, es decir, establecer una interacción comprometida en el ámbito interpersonal.

Este método de la ética clínica (frónesis) representa una dinámica de mutua interrelación entre, por un lado, conceptos, principios y reglas (carácter universal) y, por otro, circunstancias, vivencias y particularidades (carácter individual). A partir de esta dinámica se genera el encuentro clínico como núcleo de la gestión médica en sí.

Más que un suceso o evento, el encuentro clínico es un proceso que incorpora el método del diálogo - narrativa, tan popular en círculos hispanos. El médico debe mostrarse atento, receptivo y respetuoso, procurando interpretar el significado de la vivencia del paciente en las coordenadas de espacio y tiempo.

Para lograr esa empatía o estado de misericordia (E. Levinas), el médico debe reconocer su propia fragilidad, vulnerabilidad y mortalidad. Estas constituyen una condición humana que comparte con el paciente - persona. La interrelación entre introspección propia y acto compasivo contribuye al fortalecimiento y recuperación del paciente y a un fortalecimiento del profesional en el área del cuidado.

En el marco de la frónesis clínica, ¿cómo es la presencia del médico ante el paciente con dolor y en sufrimiento? El médico o profesional de la salud es una presencia inmediata, alerta, vulnerable, receptiva y disponible; es un participante con empatía y responsabilidad en su competencia profesional. Esa presencia y participación no equivale a una identificación sentimental ni es un ejercicio intelectual de empatía, sino una acción de misericordia ejecutada con plena eficacia y rigor científico y técnico.

A su vez la interacción no se basa en destrezas de comunicación aplicadas mecánicamente, sino que supone una interpretación dialogada que se obtiene mediante una conversación respetuosa, veraz y confidencial.

**Paciente moribundo:
dificultades en la toma de decisiones al final de la vida**

Considero que existen dos aspectos culturales que dificultan las decisiones al final de la vida:

1. Una *compleja tecnología* capaz de sostener y extender las funciones de los órganos del cuerpo humano pero con frecuencia en desmedro de la aceptación y cuidado de la persona próxima a morir.
2. *Negación de la muerte* o visión de ésta como fracaso y resultado indeseable de la medicina.

Es preciso señalar que ante el uso excesivo de técnica para sostener al paciente moribundo, éste puede reaccionar con frustración, depresión, tristeza y quedar extenuado y descorazonado ante la intervención técnica (a menudo fútil). Quizás el médico insista en el uso de la técnica por dos razones: por temor a una eventual acusación de mala praxis o por deseo de corresponder a las expectativas de los familiares, las cuales suelen ser poco realistas. Además los familiares pueden ser víctimas de un sentimiento de culpabilidad ante el paciente.

Otros médicos sencillamente aceptan la rutina o estándar casi automáticamente, sin discernimiento reflexivo, o tal vez se dejan llevar por el imperativo técnico.

De todos modos resulta particularmente difícil para el médico tomar decisiones ante la muerte o pedir a las familias que lo hagan mientras no se acepte la muerte como suceso natural e inherente a la existencia humana. Es probable que el médico prefiera posponer la decisión de discontinuar los recursos técnicos complejos para sostener la vida o retardar el proceso de morir.

Sin duda existe incertidumbre en lo que concierne al concepto de “futilidad”. Sería trágico que ante la incapacidad o temor de tomar estas decisiones, más pacientes moribundos contemplen el suicidio asistido como opción razonable o alternativa frente al uso de intervenciones desproporcionadas. Nos parece que el cuidado paliativo y el sistema de institutos para el cuidado de pacientes terminales es lo clínicamente indicado según un criterio ético, científico y técnico.

Apéndice II

VARIABLES A TOMAR EN CUENTA EN EL CASO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y CON DOLOR SEVERO

Familia

Un primer conjunto de variables atañe a la familia del paciente: número y edad de los miembros, calidad de la interacción en todas las direcciones, localidad geográfica (urbana, semiurbana, rural), estado de salud de los integrantes, situación económica y laboral, y la personalidad de los integrantes del cuadro familiar.

Otro conjunto de variables atañe a la condición oncológica en sí misma. Se puede observar el ritmo del crecimiento del tumor, la apariencia y realidad del deterioro general del cuerpo, y la etapa en la cual se encuentra la condición, ya sea crítica, de remisión o terminal.

Intervención o terapia

Las variables en la intervención o tratamiento seleccionado y sus consecuencias laterales revisten particular importancia para la ética. Es necesario estimar la capacidad de cada miembro del equipo terapéutico en cuanto a competencia en la especialidad profesional, destrezas de comunicación y disponibilidad para la compasión. El equipo de trabajo puede dialogar y buscar un acuerdo en cuanto el momento oportuno para informar al paciente sobre la etapa final del cáncer, interpretar y presentar el concepto de futilidad ante el paciente y luego tomar decisiones sobre el cuidado apropiado.

La información al paciente ha de ser clara, completa y veraz; debe reflejar asimismo respeto por su dolor y compasión por su sufrimiento.

Manifestación de la pena

Por su parte, el paciente puede manifestar su pena de diversos modos:

1. Sensación de abandono recíproco (del paciente de parte de su familia y viceversa).
2. Anhelo de lograr alivio emocional, social y económico para la familia (sentimiento de culpa posible).
3. Represión de sentimientos difíciles de aceptar como la ira y el resentimiento.
4. Mecanismo de defensa como negación, proyección, polarización.
5. Esperanza (visión) y valentía (energía).

6. **Mente atenta a los recuerdos del pasado.**
7. **Anticipación del futuro inmediato como única manera de atesorar.**

EL sentido de la vida y la espiritualidad y la relación médico - paciente

Introducción

Desde sus inicios en la Antigüedad, la práctica médica entraña un secreto o misterio; es decir, una sabiduría propia que el médico ha de cultivar deliberada o al menos descubrir intuitivamente en el curso de su práctica médica. Para encontrar su centro personal, cada médico debe aportar el contenido de su propia experiencia asumida y valorada. Así lo exige su compromiso profesional con el cuidado que dispensa. En su calidad de ciencia y técnica, el cuidado requiere:

1. Conocer

Estar presente con alma y vida, atento a todas las necesidades del paciente, a fin de comunicar su respeto a la dignidad humana.

2. Personalizar

Elaborar un plan de cuidado, interpretando la terapia o acciones clínicas a tomar en consonancia con la individualidad del paciente.

3. Intervenir

Actuar eficiente y eficazmente con el conocimiento científico y arte propios de la clínica, pero orientados a la persona en su totalidad.

4. Evaluar

Comparar los resultados positivos y los riesgos de la terapia, y ayudar a estimar intervenciones futuras.

5. Interactuar

Promover la recuperación, bienestar, autosuficiencia, autoestima y esperanza del paciente por medio de la cordialidad, la simpatía, la empatía y el servicio.

El *status quo* de la práctica clínica (al igual que el de la orientación curricular prevaleciente hasta nuestros días en las escuelas de medicina tanto en las de mi país como en las de los EE.UU.) no hace justicia a los componentes esenciales del cuidado. Esto ocurre así por el modelo científico de enfermedad, por la supuesta neutralidad

afectiva del médico, la orientación técnica de la terapia, la concepción de la comunicación como mera destreza y la falta de profundidad en el cultivo de las virtudes personales.

Algunas corrientes internas de la práctica clínica del siglo pasado nos apartan aún más de la interacción con el paciente. Por ejemplo, del cuidado en el hogar se ha pasado al cuidado en la institución; de la atención por parte de un médico conocido a otra por parte de uno extraño; de un médico generalista atento a la totalidad de la persona a un especialista concentrado en un sistema en particular del cuerpo.

A su vez la influencia de la genética y de la posibilidad de predecir enfermedades antes de que se manifiesten los síntomas, contribuye a la serie de reducciones ya presentes en la práctica actual. Se reduce al ser humano, a la persona, al paciente, a unos síntomas, y estos a lo genéticamente previsible.

La tendencia actual de aplicar las normas del mercado a la distribución de los recursos para el cuidado de la salud, anteponiendo el costo a la necesidad clínica del paciente, o las estadísticas de población a la condición del paciente, afectará adversamente las características que personalizan el cuidado.

La informática o teleconsulta - por más eficiente que pueda ser - distanciará aún más al médico de su paciente; hay comunicación, pero no hay contacto ni cuidado personal.

En la medida en que la cultura contemporánea en general subestime la función formativa y el cultivo de la solidaridad por medio de la familia y la comunidad, se irá perdiendo el contexto y el apoyo educativo para el profesional médico en su calidad de persona. Se abandonará así la formación integral de personas con fidelidad y espíritu de servicio en las relaciones interpersonales.

Regresemos a nuestro punto de partida: la medicina no es sólo ciencia aplicada o técnica sofisticada, pero tampoco es sólo arte y destreza de comunicación. La medicina es esencialmente cultivo de una ética orientada al cuidado integral de la persona considerada como ser dotado de espíritu. Esta ética invita asimismo al médico a explorar sus recursos espirituales, su interioridad o subjetividad. Tarde o temprano, ignorar o desestimar en la práctica clínica una ética orientada hacia la persona, desestimarla en la resolución de tensiones y rutinas diarias, puede conducir a la sensación de “*burn out*” (agotamiento) o retiro prematuro de la profesión y, muy probablemente, a brindar mensajes negativos a los aspirantes a la carrera de medicina.

La ética en la medicina rescata el valor del paciente como persona. Reconoce en él un secreto o misterio del cual es depositario también el médico. Ambos son depositarios de espíritu, de una dimensión que llamamos *espiritualidad*.

Confío en poder demostrar que la espiritualidad desempeña un papel esencial en la práctica clínica en general; pero muy especialmente en lo que hace a la capacidad de captar, atender e interpretar el sufrimiento, sin lo cual la medicina ignoraría uno de sus objetivos de aceptación mundial: *aliviar el sufrimiento* (Hastings Center Report) y se apartaría de una de sus definiciones más conocidas: “*La medicina, al igual que la ciencia y el arte, dan respuesta al sufrimiento*”. (Eric Cassell). Si el sufrimiento no tiene un significado espiritual, dudo entonces de que la espiritualidad, en general, llegue a ser factor efectivo en el cuidado de la salud.

En primer lugar examinaremos diversas interpretaciones del sufrimiento basadas en contextos clínicos. Reconoceremos la complejidad del sufrimiento y la falta de una atención adecuada a su naturaleza por parte de muchos médicos. Este examen confirmará lo que el sentido común reconoce: que es preciso entender lo que significa ser persona o precisar el sentido de la vida para poder comprender (no explicar) el sufrimiento como *misterio* en el sentido de Gabriel Marcel. Marcel distingue el orden de los problemas que admiten solución (técnica) del orden del misterio, el cual exige respuestas en términos de interioridad, compromisos y convicciones personales. Asuntos como la vida, el amor, el sufrimiento y la muerte se entienden mejor como misterio que como problema.

En segundo lugar, demostraré la función esencial y positiva de la espiritualidad - sea esta religiosa o secular - para generar empatía hacia el sufrimiento y encauzar una compasión y misericordia dignas del paciente.

Finalmente ofreceré algunas recomendaciones para una nueva pedagogía en la formación de médicos competentes e íntegros que atiendan a sus pacientes contemplando la totalidad de su persona. Esto supone aceptar la responsabilidad de suscitar y apoyar la espiritualidad en su paciente y reconocer la función de ésta en su propia persona.

I

Algunas reflexiones sobre el sufrimiento

A. Trasfondo

El término *sufrimiento/sufrir* proviene del latín *sufferre* (sub + ferre = soportar una carga). El sufrimiento es una experiencia humana universal; nos afecta a todos de manera profunda y radical. El sufrir (también cuando se lo asocia al dolor en cuanto experiencia básicamente fisiológico/neurológica) puede ser objeto del escrutinio científico y de la intervención técnica.

El dolor tiene su centro en el cuerpo, mientras que el sufrimiento es una experiencia psicosocial altamente personalizada y sin *centros* en la persona. Esto exige respuestas sustentadas en la empatía, la compasión y la atención a la dimensión espiritual tanto del paciente como del profesional que busca aliviar el sufrimiento.

Examinemos en primera instancia la interacción entre el dolor y el sufrimiento para luego intentar definir el sufrimiento y responder a la tesis posmoderna de que el sufrimiento no tiene explicación ni justificación.

B. Hechos clínicos

La práctica demuestra que el sufrimiento aumenta:

- a. Cuando el paciente cree que su dolor es de gran intensidad.
- b. Cuando el paciente cree que su dolor está fuera de control, bien sea de otros como de sí mismo (autonomía).
- c. Cuando se desconoce la causa o procedencia del dolor (significado).
- d. Cuando su dolor se presenta sin posibilidad de alivio (duración).

De cara a las experiencias aquí brevemente mencionadas, muchos médicos interpretan el sufrimiento como problema médico, lo reducen a datos empíricos y ensayan diversos métodos para controlarlo o manejarlo. Pero, ¿son suficientes estos recursos técnicos y científicos para aliviar el sufrimiento? No lo creo. La práctica clínica misma muestra que el sufrimiento aumenta cuando éste se presenta sin valor aparente o sin importancia personal (existencial/espiritual).

Algunos interpretan el sufrimiento como desgracia, desorden, carencia de valor o tragedia sin explicación ni justificación. Esto redundaría en una experiencia que es radicalmente negativa y que lesiona esa orientación humana hacia la felicidad.

¿Responden los médicos restaurando la gracia, el orden, indicando el valor del sufrimiento precisamente en cuanto misterio? Algunos derivan la responsabilidad o atención del sufrimiento a otro profesional de la salud: enfermero, asistente social, familia del paciente o ministro religioso que el paciente escoja.

Como ya indiqué más arriba, otros médicos reducen el sufrimiento a su dimensión fisiológica e intervienen científica y técnicamente. Hay también quienes lo ignoran considerándolo un fenómeno subjetivo y de carácter afectivo al cual no se tiene acceso, arguyendo que el médico, al atender al paciente, debe cumplir un papel afectivamente neutral, sin compromiso de su propia persona.

Afortunadamente en algunos círculos de los EE.UU. y de Puerto Rico se manifiesta una preocupación y sensibilidad por el sufrimiento concebido como dimensión específica de la experiencia del paciente. Ante esta situación el médico debe redescubrir la raíz de su práctica clínica en la sabiduría práctica, en la aceptación del misterio del sufrimiento, y formarse en el plano de la espiritualidad para practicar con competencia e integridad su profesión.

Se trata de un enfoque existencial que pone el acento en la interioridad de la persona, a fin de encontrar en esa interioridad una referencia al significado y dirección de la vida. Se trata de buscar por esta vía un contacto con la trascendencia, para enfrentarse con la experiencia de la incapacidad, la inseguridad, el desaliento y la ansiedad en su propia persona y en la de su paciente, y por ese camino superarlas.

C. Descripción del sufrimiento

¿Cómo definir sufrimiento? Resumo los aspectos distintivos del sufrimiento humano basándome en los trabajos de Eric Cassell.

Sufrir sólo es posible para la *persona*. Por persona se entiende una forma de ser que es unidad sustancial de espíritu y cuerpo, caracterizado por un sentido del “yo” o de interioridad (autoconciencia); por una conciencia de la historia propia o desarrollo de sí mismo en el tiempo (proyecto existencial; pasado, presente, futuro). Supone asimismo una reflexión y capacidad para decidir en términos de ideas, creencias y conceptos del bien, a la vez que un desafío a tomar decisiones basadas en una rica gama de tendencias impulsivas, emotivas y hasta compulsivas.

La persona, además de ser individual, es intrínsecamente comunitaria, por lo cual necesita fomentar vínculos personales particulares con una cultura y ambiente frecuentemente caracterizados por la diversidad de valores.

La persona es también un ser de trascendencia; busca darle un sentido a la vida como totalidad, más allá de las preferencias egocéntricas o de los intereses específicamente individuales.

Estos rasgos distintivos de la persona, su trascendencia y vinculación esencial a otros, resultan particularmente relevantes para el tema que nos ocupa: el sentido espiritual del sufrimiento. Precisamente porque se trata de rasgos presentes en toda persona, independientemente de su condición, capacidad o diferencias individuales.

De acuerdo a la definición dada de persona, el sufrimiento puede caracterizarse como un estado específico de malestar severo experimentado a modo de pérdida de integridad (quiebre de la unidad espíritu - cuerpo), pérdida de coherencia en la vivencia de la propia historia, pérdida del sentido de la totalidad y autopertenencia.

Sufrir supone un quebranto o interrupción imprevista e inexplicable de algún aspecto de la unidad e integridad personales. Se ve amenazada la integridad de la persona, el sentido propio de la dignidad, al menos en cuanto a autoestima. La persona que sufre se ve en peligro de experimentar aislamiento, incertidumbre sobre su condición general de salud y tentación de caer en un posible silencio depresivo. Asimismo, y a consecuencia de una falta o disminución de la libertad, puede asumir una actitud de pasividad y tal vez de desesperación. Su universo cotidiano se desintegra, tiene dudas sobre su futuro y centra su atención en el presente, en su dolencia. Desconfía de su propio cuerpo, al cual se ve como traidor, y sufre una pérdida de orientación ante la vida misma.

Al sufrir se experimenta de modo dramático el límite de la condición humana, los límites de su competencia, fortaleza, valentía, paciencia y energía vital. Pero este límite anuncia el horizonte ilimitado de la trascendencia, en el más allá (según la cosmovisión humanística o religiosa que se cultive).

Aún cuando este sufrimiento sea una experiencia universal, las reacciones ante el mismo constituyen una vivencia individual y, a veces, solitaria. Estas pueden depender de la historia personal, de la cultura social y étnica, de las preferencias individuales, de las circunstancias particulares, tales como la tradición religiosa (cuando existe alguna) o de la visión que tengamos de la meta final de la vida. Casi siempre el sufrimiento suscita un anhelo de una explicación profunda y radical, de reconocerlo como intrínseco a la existencia humana o como indicador de una dimensión que trasciende el orden cotidiano y el plano natural de la vida.

Si el sufrimiento es inherente a la existencia humana, entonces su esclarecimiento forma parte de la búsqueda del sentido y propósito de la vida. Una perspectiva naturalista e inmanentista aseverará que lo único que existe o es real se reduce a esta vida tal como la interpreta la razón natural científica y humanista, sin referencia a un orden superior. En esta caso se acepta el sufrimiento ya que no se puede eliminar o eludir, pero sin asignarle significado o valor positivo. Designamos secularista esta perspectiva. Se niega entonces el sufrimiento o se lo trata con medicamentos, con la expectativa de eliminarlo por medios científicos o tecnológicos.

Pero si en contraste con el naturalismo respondemos adhiriendo a la opinión de Víctor E. Frankl, para quien *“el ser humano apunta, en todo momento, por encima de sí mismo, hacia algo que no es él mismo, hacia algo o hacia un sentido que hay que cumplir, o hacia otro ser humano, a cuyo encuentro vamos con amor”*⁴², entonces nuestro panorama cambia radicalmente.

Se trata tanto de una voluntad forjadora de su propio sentido ante la experiencia paradójica de la condición finita y contingente de vida sino más bien del anhelo de lo infinito y necesario. No se trata de explicar ni justificar, sino de revelar la base existencial del sufrimiento sin reducirlo a razones instrumentales de la ciencia y de la técnica.

El sufrimiento sólo es posible porque somos seres dignos y anhelantes de significado. Desde el punto de vista existencial,

- a. se sufre cada vez que nos experimentamos como seres finitos pero a la vez dotados con el don de la libertad que nos orienta hacia lo infinito e indeterminado. Nos cuesta limitarnos a una selección o decisión concreta.
- b. Se sufre ante el dolor porque este nos obliga a enfocar nuestra vulnerabilidad y fragilidad revelando un horizonte de posible desintegración.
- c. Se sufre cuando experimentamos restricciones y controles tanto externos como internos, tales como las compulsiones psíquicas. La deficiencia o pérdida del autocontrol nos revela la insuficiencia propia y la dependencia de una dimensión trascendental.
- d. Se sufre por cada enfermedad o dolencia porque estas nos hacen anticipar la incapacidad y la muerte como expresiones de infinidad.
- e. Se sufre en el despliegue de nuestra historia personal, que es una serie sucesiva y repetitiva de apego, separación y pérdida. La vida es un fluctuar entre acoger en

⁴² Frankl, Víctor, **Ante el vacío existencial**, Herder, 1986, p. 17.

cercanía e intimidad (seguridad) y distanciamiento e independencia (libertad.). La finalidad es el mensaje y la enfermedad es el mensajero.

D. Breve referencia histórica

En su artículo “*The Meaning of Suffering*”⁴³, Stan van Hooft nos ofrece una narrativa de una serie de intentos para asignar un significado al sufrimiento.

En la Antigüedad con frecuencia se interpretaba el sufrimiento como negativo pero inevitable y necesario en un mundo de cambio, variabilidad e incertidumbre generativa de desorden. El sistema metafísico de Platón era la respuesta de un hombre que anhela Verdad, Bien y Belleza en medio del peligro, fragilidad y pena de la existencia humana en un mundo cambiante y diverso. El acceso a lo permanente y universal en la Verdad por medio de la filosofía era un consuelo para el hombre platónico. Podría decirse que el sufrir era el resultado de la ruptura del orden o justicia cósmica cuando el hombre se aparta de la búsqueda de bs trascendentales platónicos.

El cristianismo, en su etapa inicial, acentuó el sufrimiento como medio de reparación y purificación. El pecado original y la secuencia de pecados personales marcan la existencia humana y hacen que necesite una reparación divina. En el ámbito contemplativo, la persona cristiana reconoce el sentido de su vida integrándolo orgánicamente a la historia de una persona divina, incorporándose a una realidad enraizada en la acción Creadora y Providencial de una divinidad, reconociéndose perteneciente a un orden que trasciende su individualidad.

Al interpretar positivamente el sufrimiento a la luz de la Encarnación y de la Redención, el cristiano trasciende la experiencia negativa del sufrimiento. El sufrir es entonces consecuencia del pecado, pero es un recurso educativo de autopurificación siempre y cuando se una en vínculo personal amoroso a la figura divina que se ofrece para reparar todos los pecados.

Ahora bien, Hooft insiste en señalar que el cristiano auténtico continúa experimentando el sufrimiento como negativo, aún cuando la espiritualidad cristiana le otorgue una finalidad. Antes de explorar esa espiritualidad y su inserción en una práctica clínica competente, veamos como interpreta el sufrimiento la época posmoderna, en la cual se realiza gran parte de la formación médica.

El posmodernismo considera que el sufrimiento puede ser de tal magnitud que excluye la explicación y justificación en términos de sistemas racionales y abarcadores de toda la realidad. Levinas propone una interpretación moral sin pretensión

⁴³ Cf. **Hastings Center Report**, setiembre de 1998.

sistemática, a saber: el sufrir del otro despierta compasión. Lejos de suponer una explicación, aquí se trata más bien de una vivencia de empatía capaz de superar el aislamiento egocéntrico del individuo en una cultura narcisista.

Este filósofo distingue el sufrimiento propio del ajeno. En la propia persona, el sufrimiento resulta extraño y alienante pues reduce a la persona a la pasividad, cuando su estar en el mundo se distingue por la intervención activa y creativa. El sufrimiento desintegra y afecta adversamente la autoposición y satisfacción personal en la vida. Pero esta experiencia estimula la capacidad intersubjetiva de la simpatía, la empatía y la compasión, sin las cuales no se produciría ese volverse hacia el otro que sufre y el impulso a socorrerle. He aquí para Levinas la experiencia moral que la ética estudia. Es decir, la negatividad y carencia de sentido del sufrimiento genera el espacio para percibir al otro como capaz de sufrir, como vulnerable y necesitado, obligándome a ser solícito.

El posmodernismo carece de fe religiosa, es secular porque no le adjudica a las creencias religiosas una función o papel en la vida social, política, educativa o pública en general. Además carece de una fe humanista. Por todo ello no encuentra sentido, plan ni finalidad a la existencia en sí. Por ende el sufrimiento es sencillamente trágico. Es preciso aceptarlo sin tratar de explicarlo o incorporarlo a otro nivel de significado trascendente que vaya más allá de la vida cotidiana.

En el espíritu de Nietzsche, y hablando estoicamente, el sufrir ni daña ni ennoblece a la persona siempre y cuando se mantenga ecuánime y no quebrante la libertad y la paz interior ante el sufrimiento. Se trata de un sufrimiento en términos de proyecto individual, es decir, por medio del sufrimiento surge un nuevo ser humano de compromiso y autodisciplina más allá del placer y de la mera autoafirmación egocéntrica. Es un compromiso voluntario que integra a la persona, por fuerza interior, independientemente del propósito o carencia de propósito o plan providente de la vida en sí misma.

Pero ni las formas de Platón, ni un plan divino abstracto, ni la posibilidad de sustentar una ética de la compasión, ni la indiferencia estoica, ni tampoco el proyecto existencial de ennoblecer el espíritu humano explican realmente la gran pregunta del que sufre: ¿Porqué yo? o bien, ¿porqué formular la pregunta sobre el sentido del sufrimiento?

II

Análisis existencial del sufrimiento. La perspectiva de la espiritualidad

Replanteamiento

¿Por qué yo? ¿Cuál es la función de la espiritualidad en relación con el sentido del sufrimiento? Recordemos que no hay recetas ni procedimiento terapéutico espiritual infalible. Dentro del misterio mismo de la existencia humana, el sufrimiento es solamente una cara de la moneda. El sufrimiento constituye un planteamiento existencial que exige reflexión sobre el sentido de la vida.

Desde luego no se puede responder en términos de conceptos biológicos o genéticos de la vida tal como pretenden hacerlo algunos defensores del Genoma Humano, si bien el factor incide en varios grados de relevancia sobre los diversos planos de la existencia humana, desde el físico (mayor influencia) hasta el espiritual (menor influencia).

Aclaremos la función de la espiritualidad en relación con el significado de la vida y, luego, en relación con el sufrimiento. Finalmente fijaremos la responsabilidad del médico ante su paciente considerado como *homo patiens*.

Recientemente, la bibliografía sobre ética clínica acentúa la influencia positiva y negativa que las creencias espirituales pueden tener en la relación médico – paciente: aseveraciones en torno del sentido y propósito de la vida humana, etc. Veamos las diferentes opiniones sobre el concepto de espiritualidad:

- a. La espiritualidad supone liturgia y ritos religiosos practicados por denominaciones específicas.
- b. La espiritualidad equivale a creencias religiosas sujetas a experiencias personales de la cercanía de alguna entidad divina o sobrenatural.
- c. La espiritualidad está referida a experiencias interpersonales de determinada intensidad e intimidad.
- d. La espiritualidad es todo contacto con lo no material en la naturaleza: el orden, la belleza, la magnitud o apariencia infinita de algún aspecto de la naturaleza.

- e. Para quienes tienen dotes de artista, la espiritualidad es la experiencia de su creatividad, por la cual se ponen en contacto consigo mismos. La música, el arte o sencillamente la experiencia estética en sí misma, se define como espiritual.

En estas diversas descripciones de la experiencia espiritual se denota una función integradora, a saber: la espiritualidad opera integrando el yo individual o la esencia - alma de la persona, a una dimensión que la trasciende en valor, que orienta y da continuidad a cada segmento o episodio de la vida. Asimismo, cuando esa dimensión es compartida por la comunidad, le confiere a la persona un sentido de pertenencia o de integración a una red de relaciones o vínculos a otras personas.

Pasando a nuestro contexto clínico del tema, la espiritualidad opera como búsqueda individual del sentido y propósito de la vida particularmente ante situaciones críticas como lo es el sufrimiento en sí, o bien, como diría K. Jaspers, las experiencias límites que apuntan a una dimensión que trasciende las capacidades individuales en la experiencia cotidiana.

Evidencia Clínica

Según indica un estudio que estoy realizando, algunos médicos reconocen los efectos positivos de la propia espiritualidad (de carácter religioso - cristiano) de las siguientes maneras:

- a. Me proyecta más allá de una relación contractual o comercial con mis pacientes, inspirándome una generosidad especial hacia ellos.

- b. Me hace pensar menos en el cálculo de beneficio y riesgo propios y más en el servicio abnegado.
- c. Motiva el corazón a lo afectivo, enfatizando la empatía y la compasión en la relación médico – paciente, a la vez que personaliza el proceso del consentimiento ilustrado.
- d. Promueve la gratitud y la fidelidad hacia el paciente, fortaleciendo la relación médico - paciente más allá de lo que supone un contrato por servicio específico y tiempo predeterminado.
- e. Afirma y me ayuda a perseverar en el cuidado del paciente crónico o terminal cuando ya no hay cura posible.
- f. Fomenta la atención a la persona en su totalidad y me ayuda a no concentrarme solamente en un cuadro de síntomas (de singular pertenencia a nuestro tema).
- g. Me permite ver el sufrimiento desde un punto de vista positivo sin negar la experiencia en sí misma, sin negar aspectos de nuestra experiencia humana cotidiana. Fortalece mi carácter haciéndome solidario con la humanidad y vinculándome a un ser divino. Esto último lo vemos, en el cristianismo, en el caso de Cristo Crucificado, quien vence el sufrimiento y la muerte por amor al ser humano, cuya naturaleza integra a su persona divina.

No desestimo el hecho de que algunas experiencias espirituales pueden degenerar en mera superstición, prejuicio, fanatismo y dogmatismo, o bien en convicciones que se trate de imponer a los pacientes. Esto nos motiva a discernir y ser prudentes en relación con la espiritualidad en la práctica clínica.

Interpretación Personal

Paso ahora a presentar un concepto de la vida, a destacar un aspecto del concepto de persona que puede sustentar las experiencias espirituales según quedan señaladas en el segmento anterior. Y lo ofrezco a la vez como prelude de unas recomendaciones prácticas con las cuales concluiré mi ponencia.

Víctor Frankl distingue el *homo faber* del *homo patiens*⁴⁴ de la siguiente manera: el *homo faber* (que coincide con el médico científico – técnico) es “lo que solemos llamar una persona que triunfa, un hombre que cosecha éxitos. Para él solo hay dos categorías y sólo

⁴⁴ Frankl, Víctor, op. cit., pág. 95.

piensa en ellas: triunfo o fracaso. Pero para el homo patiens las cosas son diferentes: sus categorías no son éxito o fracaso, sino cumplimiento o desesperación”.

En relación con el sentido del sufrimiento, la visión que el *homo patiens* de Frankl tiene ante la vida nos resulta iluminadora. Frankl nos dice que el *homo patiens* adopta una posición nueva en cuanto a lo que es éxito. El cumplimiento y la desesperación se introducen, de forma muy efectiva, en otra dimensión. El *homo patiens* puede realizarse incluso en el fracaso más estrepitoso. La experiencia enseña que son perfectamente compatibles el cumplimiento y el fracaso. Si encuadramos en el sufrimiento el triunfo del *homo patiens*, su cumplimiento del sentido y su autorrealización... ante los ojos del *homo faber* el triunfo del *homo patiens* será entonces necesidad y escándalo.

Se trata de aceptar con sencilla resignación la condición finita y contingente de la existencia humana. El *homo patiens* cumple su condición por medio de un padecimiento auténtico y marcado por un destino verdadero: el posible sentido de un sufrimiento necesario e inevitable.

Tal vez se trata de un suprasentido, es decir, de algo que desborda la capacidad de la comprensión humana, mas allá de los límites de toda temática psicoterapéutica legítima. Nos percatamos, con Frankl, de que la espiritualidad no es equivalente a la voluntad de sentido - a la manera nietzchiana o posmoderna - sino que es equivalente a captación del significado del sufrimiento enmarcado en el sentido trascendental de la vida que se revela en la aceptación de las limitaciones.

Aplicando la noción de *homo faber* de Frankl a la reflexión de Stephen G. Post, reconocemos que este último definiría al *homo faber* como una persona de vastos conocimientos que asocia la dignidad humana con el pleno ejercicio de la vida intelectual y el dominio de la voluntad. Ambas explicarían y controlarían toda experiencia humana.

Ya anticipamos que de cara al sufrimiento la persona de vastos conocimientos encuentra un límite que no logra superar ni trascender. En cambio quien posee menos destrezas cognitivas es capaz de lograr lo que se dijo en el caso del *homo patiens*: articular el sentido en una red de vinculaciones intensamente humanas y de marcada tonalidad afectiva. En la medida en que disminuye la capacidad de expresión verbal, se hace más significativo el gesto emotivo de afirmación y de aceptación. Así los demuestran estudios recientes realizados a pacientes de Alzheimer.

Quizás para el florecimiento de la vida espiritual frente a los desafíos del sufrimiento no se dependa tanto de la autoconciencia reflexiva, sino más bien de la vinculación afectiva de apoyo. Como dice Marta Holstein: “*La dignidad de la persona en cuanto a su*

entidad espiritual se nutre del creer que otras personas nos valoran y nos estiman por el mero hecho de existir”.

Las referencias a las obras de Frankl y Post nos indican que la espiritualidad como fuente de sentido ante el sufrimiento presupone una concepción de la persona rica y amplia, no reducida al *homo faber* ni a grandes destrezas cognoscitivas.

Sin pretender exponer una antropología filosófica podemos reconocer una serie de rasgos inherentes al ser persona que merecen la atención de quienes nos preocupamos por la dimensión espiritual que el médico ha de cultivar en sí mismo como parte integral de su relación con el paciente que sufre.

En primer lugar destacamos que la persona, al menos en su contexto cristiano, cuenta con un alma en la cual opera una interacción o vínculo con Dios. La persona se abre a la gracia divina, aún cuando las facultades de conocimiento y voluntad estén atrofiadas o sus funciones disminuidas. Para dar lugar a la espiritualidad, no podemos vernos sólo como seres autosuficientes de pura razón y de pura voluntad. La receptividad de esta alma en la esfera afectiva - intuitiva a la influencia divina (vida sacramental, ritos, oraciones, liturgias) se presenta como el triunfo del *homo patiens* que sabe que el sentido de la vida no necesariamente se forja sino que se recibe.

Aún en estados de dependencia e incapacidad se vive con la dignidad de ser persona. Es preciso recordar esto cuando el médico se encuentra ante pacientes con impedimentos neurológicos o mentales.

Así las cosas, la espiritualidad puede muy bien ser un don de Dios, quien existe independientemente del empeño y esfuerzo conscientes de la persona que cuenta solamente con sus capacidades naturales (la espiritualidad no es algo que generamos al hacer o emprender tareas espirituales).

En segundo lugar, reconocemos que ser persona incluye la historia o proceso temporal de la existencia propia. Es decir, aun en el trato con la persona discapacitada se debe mostrar respeto y reverencia ante las experiencias adquiridas que forman parte de su ser, independientemente de su condición actual. Cada persona es su historia, la cual incluye su narración individual y la interpretación de las experiencias únicas que configuran su trayectoria vital. Esa historia revela en su narración la interdependencia de prácticamente toda experiencia humana. El ideal del autocontrol y autosuficiencia, propio del individualismo liberal, no concuerda con esta visión de la persona solidaria con la humanidad tanto en el sufrimiento propio como ante el sufrimiento ajeno. Se trata de compartir la condición de vulnerabilidad frente al sufrimiento y de ser solícitos para con el que sufre;

precisamente porque esa actitud infunde sentido no sólo en el plano individual sino también universal.

Basándonos en Frankl reconocemos que el hombre, además de tender a la búsqueda de un sentido y al cumplimiento del mismo, tiende asimismo al encuentro con otro ser humano al cual amar como un tú.

¿Cómo puede el médico, en el marco integral de la ética profesional, cumplir con ese sentido y colaborar en el encuentro con el tú? ¿Cómo responder al paciente que se presenta afectado por el vacío existencial o falta de sentido de la vida, acentuado por el sufrimiento?

Goethe nos advertía que “*no existe ninguna situación que no pueda ser ennoblecida por el servicio o la paciencia*”. Por vía de la compasión el médico supera su propia finitud y roza el infinito en su paciente, tendiendo un puente entre el sufrir finito y solitario y la trascendencia comunitaria, brindando la comprensión y el respeto que brotan de la compasión. Dios mismo manifestó su compasión mediante la Encarnación del Verbo Eterno...

Es preciso ayudar al paciente, *homo patiens*, a cumplir el sentido de su sufrimiento. De esa forma el profesional ayudará al paciente a reconocer la dimensión espiritual de su dolencia.

Sugiero ahora algunas recomendaciones para realizar un *historial espiritual* del paciente. Pero aclaro de antemano que es preciso que el mismo médico se formule estas preguntas a sí mismo.

III

Recomendaciones prácticas

Luego de reconocer que la espiritualidad es un proceso continuo y no un producto final, se puede abordar las siguientes preguntas:

- a. ¿Cuál es la dinámica interior que lleva a cultivar las virtudes? ¿Qué grado de conciencia tiene el paciente sobre la sacralidad de la vida?
- b. ¿Cómo percibe el paciente la Providencia de Dios?
- c. ¿Cuál es la dinámica de la fe en el paciente?
- d. ¿Cómo entiende el paciente la gracia?
- e. ¿Cómo entiende el paciente el arrepentimiento?
- f. ¿Cuál es su sentido de la vida en comunidad?
- g. ¿Cómo estimula su fe, su sentido para hallar una finalidad, su vocación ante las situaciones inesperadas y críticas?
- h. ¿Cómo capta e interpreta el paciente su condición de dependencia e incapacidad en una cultura que fomenta la independencia y sus logros?
- i. ¿Cómo se sabe y se siente percibido y tratado como individuo único e irremplazable?

Ante la dimensión espiritual de su paciente, el médico competente cultiva la asistencia personal y el dar testimonio del carácter único del sufrimiento; cultiva asimismo la valentía y el respeto. Su asistencia no se fundamenta en el deber sino en el amor responsable ante la vulnerabilidad y necesidad real del otro, es decir, en la misericordia.

Según Levinas, misericordia es “*un estar para el otro*” a modo de conexión sin reciprocidad y orientada hacia el cuidado total del otro más allá de contratos u observación de reglas semijurídicas. Precisamente es el sufrimiento del otro lo que suscita ese pasar del yo centrado en sí mismo al yo que se dedica a la atención del prójimo.

La misericordia no se ajusta a la función oficial del médico ni al contexto de una institución de beneficencia, sino que surge del encuentro de un ser humano con otro, en virtud del espíritu solícito de uno y del espíritu agobiado del otro. Se trata de un nivel existencial previo a las funciones profesionales, más básico aún que la relación médico - paciente articulada por la ética reflexiva. Se trata de una interrelación de seres únicos enfrentados a la posibilidad común de sufrir, morir, y anhelantes de una existencia en paz y seguridad. Esto le infunde cierta autenticidad a la relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Nos hallamos pues en el orden del amor compasivo que trasciende la finitud de cada uno, porque el amor, por definición, no tiene límites. El sufrimiento supone finitud y limitación, pero el amor representa lo infinito y la liberación ante los límites.

Para redondear esta parte de la exposición es preciso insistir en nuestro punto inicial: el médico ha de cultivar su propia espiritualidad a fin de aliviar el sufrimiento de su paciente asistiéndolo con mira a que cumpla existencialmente el significado de ser persona precisamente en el sufrimiento. El médico busca en su espiritualidad su secreto o misterio como una vivencia profunda que facilita la incorporación de una ética de virtudes, principios y bienes a la raíz afectiva del médico persona.

La espiritualidad lo ayudará a interpretar su profesión no tanto como carrera lucrativa sino como vocación al servicio abnegado, como estilo de vida que supone un compromiso del corazón. El médico espiritual se entrega personalmente a la promoción del bien del otro y, simultáneamente, se enriquece con el bien que promueve. Su empatía y compasión se conectan con la generosidad altruista. En este sentido el médico:

- a. Acepta la limitación de la terapia en pacientes terminales o moribundos; asume la muerte como evento natural pero no final.
- b. Limita la terapia pero no abandona al paciente y lo atiende con esmero.
- c. Se mantiene solícito para con el paciente encolerizado, ingrato, agresivo, resistente o depresivo.
- d. Es afectuoso, pero con autodominio a la hora de brindar afecto.
- e. Acepta sus limitaciones profesionales en lo que hace a sus conocimientos y certezas clínicas.
- f. Se mantiene íntegro ante los cambios políticos y económicos que afectan a su paciente.

En el contexto de una espiritualidad cristiana (que no es igual a conocimiento teológico sobre el cristianismo) se podría decir, con E. Pellegrino, que el médico asume la labor de curar como una vocación o *“llamado de un Dios personal a una forma específica de brindarse a otros, una forma especial de amor por la cual se realiza como persona y trabaja por la propia salvación”*⁴⁵.

Como recomendación docente, propongo que se forme al médico aún más en la intuición e introspección existencial, para que tome contacto con la fuente reveladora del sentido de la vida propia, con aquello que lo sostiene en momentos de crisis y frustraciones en la vida cotidiana.

En caso de ser cristiano, convendría que buscarse en la imitación de Cristo la base para su valentía y prudencia, para su confianza y responsabilidad de cara a los planes divinos. De este modo podría a su vez cultivar y transmitir una actitud positiva en relación con el significado del dolor, del sufrir y del morir, sintiéndose privilegiado por poder compartir con el paciente terminal una situación que puede ser fuente de sabiduría en cuanto a cuán transitoria e instrumental es la vida humana en sí.

Creo también importante fomentar una comunidad profesional (entre pares) de acogimiento mutuo, interdependencia, confianza básica, empatía e intimidad.

Si bien aún se necesita investigar más sobre la función que tiene la espiritualidad en la práctica clínica, existe suficiente evidencia al respecto que nos permite identificar algunos efectos positivos:

- a. Las creencias espirituales ofrecen un recurso para enfrentar con aplomo y valentía las tensiones emocionales y conflictos comunes en la práctica médica.
- b. La espiritualidad acentúa el conocimiento propio y facilita así la autoeducación y aceptación de sí mismo; dirige la mirada hacia la interioridad de la persona como recurso vital para enfrentarse a todo lo externo.
- c. Promueve destrezas para la contemplación y reflexión profunda, por ejemplo, para enfocar la vida como una totalidad de continuidad y coherencia.
- d. Facilita el contacto e interacción más auténticos de persona a persona, más allá de las funciones oficiales.
- e. Conduce a valorar la dependencia y la incapacidad en el marco del respeto a la persona y su correspondiente dignidad.

⁴⁵ Pellegrino, E., **El médico cristiano personal...**

- f. Como queda indicado en esta ponencia, ayuda a enmarcar el sufrimiento en términos de una visión de la vida de la persona más abarcadora y, desde luego, abierta a la trascendencia que otorga significado al sufrimiento, considerándolo parte integrante de la vida individual y comunitaria.
- g. Si se trata de un cristiano, sería instructivo explorar las implicaciones clínicas de reconocer en Cristo a un Dios que por amor compasivo asume nuestra condición finita, sufre hasta derramar su sangre en Getsemaní y muere en una cruz. Y por su muerte trasciende todo y para siempre... Una ronda o pasantía clínica puede significar para el médico un Vía Crucis que culmina en resurrección.

La *fe* en Cristo ofrece una visión de la realidad que contrarresta la torpeza, superficialidad y aburrimiento del mundo que nos rodea.

La *esperanza* supone vivir y actuar sustentándose en la seguridad de Dios, tener participación en su poder y gozar del amparo que dicho poder nos garantiza.

El *amor* es la fuerza que configura desde lo más íntimo el obrar con *fe* y *esperanza*.

Resumen

Nuestro resumen consiste en compartir la Parte III de la exposición sobre el Personalismo Orgánico hecha durante el Jubileo del Santuario Nazaret del Padre (20 de enero de 2002), contando para ello con el consentimiento de las autoridades organizadoras de dicho evento.

IV

Exposición General de la Mentalidad Orgánica

A. Bioética Personalista (secular pero no secularista)

La ética personalista es un pensar filosófico, teórico y práctico sustentado en un determinado concepto de persona que le sirve de fundamento objetivo. Este incluye algunas verdades sobre la dignidad, integridad, vinculación y trascendencia del ser persona que no son negociables o dependientes de consenso social.

La bioética personalista confía en la capacidad natural de la razón humana para descubrir y exponer la estructura y dinámica propia o inherente a la realidad, y en particular a la realidad o naturaleza humana en sí misma.

Se trata de una ética que no sólo reconoce sino que se fundamenta en el hecho de que la persona tiene un origen y una finalidad que la lleva a contar con Dios. Es decir, la persona tiene una doble dimensión: es un ser individual existente en un momento histórico y lugar determinados, pero también, simultáneamente, un ser orientado hacia una trascendencia de su individualidad, hacia bienes universales o ideales. Ese anhelo de trascendencia incluye por antonomasia el anhelo de Dios.

La bioética secularista de tipo mecanicista se inclina a fragmentar la integridad de la persona en cuanto unidad de razón, voluntad y corazón. De este modo contribuye a que las relaciones entre las personas se reduzcan a un intercambio meramente intelectual en un plano informativo, a una negociación para desactivar conflictos de poderes, a un conformarse con una convivencia sin roces pero carente de eficacia.

La Sma. Virgen es por excelencia modelo y mediadora de la experiencia, visión y misión de una mentalidad y cultura orgánicas. Ella nos acompañará a lo largo de la exposición que sigue.

B. Mentalidad orgánica (organicista)

Nos encontramos ante un panorama muy vasto de riqueza teórica y eficacia práctica. No será posible abarcarlo todo. Pero para hacerle justicia al P. Kentenich y expresarle nuestra gratitud, hemos de detenernos en la exposición de la cultura o mentalidad orgánica con mayor detalle.

Entiéndase por “*cultura*” el estilo de vida común de un pueblo. La cultura incluye las formas concretas como las personas de una comunidad se vinculan o cultivan sus múltiples relaciones con las cosas, con el lugar, con otras personas y con Dios. La cultura ha de valorarse según el tipo y calidad de esos vínculos. Resulta esencial captar la raíz misma de tales vínculos, reparando especialmente en el corazón, considerado en sentido amplio como sede espiritual del pensar, amar y actuar.

La evangelización de un pueblo en general, y concretamente la misión de nuestro Santuario, descansa en la conquista de esa raíz existencial que anima todo el ser de la persona. Se trata, entonces, de captar la mentalidad orgánica en sus rasgos principales. No es esta un mero tipo de perspectiva histórica que se nos presenta como alternativa a la mecanicista, sino un modo de mirar la realidad según el más profundo sentido de la condición humana y, a la vez, una espiritualidad específicamente apta para el laico de hoy.

“ En su teoría y práctica, la doctrina del organismo parte de la síntesis filosófica y teológica de raíz agustiniano - tomista enriquecida por los aportes válidos de las diversas corrientes filosóficas y disciplinas científicas surgidas en la modernidad, y las traduce en una praxis forjadora de historia y en una psicología de causas segundas y, finalmente, en una

correspondiente pedagogía que permita educar hombres capaces de pensar, amar y actuar o vivir de forma integral y plena (orgánica).”⁴⁶

Esta mentalidad presupone y descansa en la convicción de que la fe religiosa en la Revelación - en cuanto iniciativa divina- aporta el pilar teológico que fundamenta y anima la visión unificadora e integradora de la realidad. Esta exige una justificación y explicación tanto de su origen y existencia como de su finalidad. Tal justificación y explicación reside en una Causa Primera.

La teología en cuanto discurso sistemático de la presencia y operación de lo Divino en la vida humana, complementa, corrige, asegura, fortalece y eleva lo que el conocimiento de la razón natural de la realidad logra explicar con sus normas lógicas. Es decir, la fe y la razón se complementan tal como lo hace la gracia y la naturaleza. Esto jamás supone represión de la razón y la naturaleza, sino más bien su plenificación.

La visión organicista se inspira en el aprecio a la vida, entendida esta como lo que es capaz de crecer, como una entidad cuyas partes están en íntima y permanente interacción, generando así un conjunto de dimensiones interdependientes.

Así pues el universo en su totalidad es visto como un gran organismo de comunicación vital entre el Dios Trinitario y su creación, a la cual Dios sostiene con su amor providente. Dios le otorga a su creación la capacidad de ejercer, en el caso específico y exclusivo de los seres humanos (causas segundas) un pensamiento, voluntad y afectividad cocreadoras. Es decir, Dios manifiesta sus deseos y planes por medio de los anhelos nobles del ser humano en cada una de sus dimensiones espirituales o físicas, en las inclinaciones y tendencias de los seres vivos y en la estructura y dinámica de la naturaleza en general.

Los ámbitos más cercanos a la experiencia humana cotidiana son expresión, camino y seguro para los ámbitos que ascienden hacia lo sobrenatural, hacia la plenitud de la verdad, del bien y de la belleza, hacia lo cual todo lo natural aspira y se orienta en su acción o tendencia natural.

Veamos algunas manifestaciones de la mentalidad o perspectiva (el Padre Kentenich no usa el termino mentalidad pero intuimos que es equivalente a perspectiva en un sentido amplio y abarcador) organicista en el modo como la bioética personalista aborda sus temas principales:

1. En cuanto al método

⁴⁶ Alessandri, H., **En el umbral del tercer milenio,...**

Cuando la razón humana se deja complementar por la luz de la fe religiosa, el método de estudio en la bioética se amplía para prestar atención y reconocer validez a las dimensiones espirituales y al componente trascendental del objeto de estudio. En general, esto supone proteger los bienes humanos inherentes al ser persona (dignidad, integridad y vinculaciones) mas allá del utilitarismo, la tecnologización y la reducción de la vida a su mero funcionamiento.

La espiritualidad católica transfigura los principios éticos ya clásicos en la bioética sin menoscabar la identidad de estos:

a) *Principio de autonomía*

Se consolida el principio de autonomía o de autodeterminación del curso de la propia vida, mediante el respeto y la responsabilidad ante la verdad y el bien correspondiente. Se mantiene para ello una visión de la persona en la cual se la considera dependiente de un Dios Creador y paternalmente Providente.

b) *Principio de beneficencia*

Se perfecciona el principio de beneficencia haciendo hincapié en la generosidad y servicialidad desinteresadas.

c) *Principio de justicia*

El principio de justicia no pierde de vista las exigencias de la misericordia, la empatía y la compasión.

d) *Principio de no maleficencia*

Se afine y fortalece el principio de no maleficencia al reconocer las acciones intrínsecamente malas señaladas por una ley natural sustentada en la Ley Divina .

Al integrarse al personalismo, los principios clásicos de la bioética secularista quedan enmarcados y animados por la caridad (amor a Dios y al prójimo) y por la Alianza de Amor. En general, la referencia a Dios contribuye a justificar la obligatoriedad moral, por encima del egocentrismo e individualismo subjetivistas que tan peligrosos pueden ser para la bioética cuando se asocian a una mentalidad mecanicista⁴⁷.

2. *En cuanto al inicio de la vida*

⁴⁷ Cf. Lugo, Elena, **Relación médico – paciente: ética y espiritualidad**, II, 3; III, 3. Cf. <http://www.familia.org.ar>

Una bioética personalista organicista reconoce que la vida en general, y la humana en particular, constituye un bien o valor fundamental, y por lo tanto es base de todos los demás bienes o valores. Sin embargo ese valor no es absoluto, pues puede sacrificarse al servicio del Bien Supremo.

Esta evaluación se extiende a la vida prenatal, a la situación del discapacitado, del retrasado y del comatoso. Por ende se puede aseverar entonces que:

a) *El embrión humano no es tan sólo vida humana potencialmente persona, sino ya persona actual en su ser*, en el sentido esencial y sustancial del término persona, aún cuando no exhiba un funcionamiento de ser consciente, reflexivo e interactivo – comunicativo, depositario de interioridad y con capacidad de expresarse corporalmente.

b) *El embrión humano es ya hijo de Dios*. Esta realidad da fundamento a su verdadera dignidad y sacralidad. Por lo tanto su naturaleza humana es un bien que la razón reconoce y la fe afirma como don del amor providente de un Dios Padre.

c) *Toda intervención técnica o biomédica en la vida del embrión ha de respetar su integridad corpórea y su orientación hacia la vida como bien natural y sobrenatural*. De ahí que sólo se permita el examen genético y la terapia cuando supongan un bien sustancial para la vida y salud del embrión con el mínimo de riesgo para este. Por su parte la experimentación e investigación sólo se permite cuando no dañe de modo alguno su integridad y dignidad (**la extracción de células multipotentes (matrix) destruye el embrión**).

d) *Existe una unidad orgánica inviolable* entre la entrega amorosa matrimonial (radical, plena y permanente), la procreación natural y la familia como realidad que responde a los anhelos de la persona en cuanto ser que se vincula. De este modo se excluye toda intervención meramente técnico - artificial que pueda transformar la procreación natural en reproducción por diseño y manipulación.

e) *Los contraceptivos disocian la unidad matrimonial entre amor y fecundidad*. Al igual que el aborto, lesionan la dignidad e integridad del embrión humano y la responsabilidad maternal de la mujer. La planificación natural de la familia responde a los anhelos de los esposos de amarse con plena autenticidad y de regalarse mutuamente creatividad ante la vida. Y hacerlo abiertos a Dios como fuente permanente de creación y vida.

f) *Una bioética personalista organicista reconoce a la familia como escuela de las virtudes cristianas, de las virtudes humanamente más nobles*. El matrimonio es un sagrario de amor; la familia es un santuario en el cual la vida humana se realiza en un entramado de vinculaciones personalizantes. Dios transmite a los padres su sabiduría, poder, y

bondad. Así Dios contribuye a la cultura de la vida desde el seno mismo de la vida; así en la familia se promueve el amor en sus diversas manifestaciones. En efecto, en la familia se educa en el amor filial y fraternal, lo cual constituye un oasis para la solidaridad humana y las relaciones fiduciarias como las que se precisa en el ámbito clínico.

Se trata de una familia patrocéntrica. Dios Padre es su centro y se refleja análogamente en el cabeza de familia humano.

En la familia se educa en el sacrificio orgánico. Dicha educación se ve facilitada por la presencia de María Santísima en el centro de la Familia, en su calidad de modelo para la mujer considerada como corazón de la familia. Vale decir, se educa en la renuncia por amor, a veces heroica; una renuncia orientada al crecimiento, a la purificación y a la generosidad comunitaria.

3. En cuanto al final de la vida

Una bioética personalista organicista reconoce que al final de la vida se confirma o se rechaza el sistema de valores que ha conducido a esta. Según se ha vivido así se muere. Se distingue, sin por ello separar, la muerte como estado, lo cual admite definición objetiva, del morir como proceso en cuanto experiencia subjetiva de carácter espiritual y comunitario. En el morir la confluencia del conocimiento científico y filosófico al igual que la complementariedad de la técnica y la compasión personal ante el paciente terminal se acentúan.

El entendimiento y el poder humanos no intentan suplantar sino complementar - en dependencia responsable - la confianza y fe prácticas en la Divina Providencia. Así pues la enfermedad, incluso la terminal, deja de ser un evento absurdo, mera pérdida de control, discapacidad, y se presenta como una invitación al amor filial hacia Dios.

Ahora bien, se trata de un Dios que en todo momento orienta y permite las experiencias humanas como oportunidad de santificación y realización de un plan amoroso. El hombre pasa por esas experiencias en intimidad con Cristo, quien conquista la muerte con su amor de obediencia filial, y con la esperanza dócil de la Madre Dolorosa. Vale decir que el componente espiritual de esta bioética orgánica fomenta un vínculo íntimo y comprometedor de la persona, en su totalidad y desde su más profunda interioridad, con un ser divino y transcendental.

Seguidamente enumeramos algunas de las implicaciones principales de la postura de la bioética personalista organicista ante los temas de la muerte y del morir:

a) *Aporta una espiritualidad religiosa* en cuanto descanso en Dios como fuente de toda la existencia. Esto infunde sentido a lo humanamente incongruente, fortalece ante la angustia y da esperanzas al anhelo de amar más allá de la muerte.

b) *Define la meta incondicional de la vida como el regreso a Dios Padre* por intercesión de quien ha conquistado para siempre a la muerte, Jesucristo, y en compañía de la corredentora por excelencia, la Sma. Virgen María.

c) *Infunde un significado positivo al sufrimiento*. El discernimiento atento a la persona del paciente concebido como misterio exige compasión de parte del médico, ya que este mismo se reconoce también vulnerable. Para el médico schoenstattiano la compasión se arraiga en una Alianza de Amor. Esto le facilita la comprensión radical de la unidad esencial existente entre el sufrimiento propio y el sufrimiento de la otra persona, y ambos como manifestaciones del sufrimiento redentor de Jesús. El profesional de salud cristiano reconoce en su paciente la agonía, muerte y resurrección de Jesús como figura central de su propia tradición religiosa. Con su presencia generosa, solícita y respetuosa, el médico puede transmitir la fe, esperanza y amor del Buen Samaritano.

Por el contrario, cuando el médico de mentalidad mecanicista teme a la muerte, considera inútil e indigno el sufrimiento. Otorga así prioridad a lo placentero en el orden material, o bien se esmera por controlar arrogantemente cada situación clínica. De ese modo en la interacción orgánica con su paciente no será transparente del amor compasivo de Dios.

Para entender al sufrimiento es preciso entender el significado pleno de ser persona, primero en uno mismo y luego en el otro. Es precisamente en su dimensión trascendental donde se encuentra el núcleo del significado del sufrimiento. El hombre siente y reconoce que sólo logra aproximarse a esa trascendencia o concepción ideal, o que a veces se desvía de ella. Así pues experimenta el sufrimiento como carencia de proporción entre su anhelo de infinito y su condición finita; entre aspiración a la plenitud y limitación cotidiana.

Reconocer los límites es simultáneamente experimentar lo que trasciende los límites, pero esto último como ausencia de algo que se anhela desde el núcleo del propio ser. Las relaciones intersubjetivas comunitarias suponen también sacrificios, renunciaciones y algunas restricciones y controles no deseados que provocan sufrimiento.

En cuanto a la muerte (entendida en todo momento como clínicamente asociada al cese irreversible de todo el funcionamiento del cuerpo y deterioro estructural de la masa cerebral completa) y al sufrimiento, la fe práctica en la Divina Providencia, en su modalidad orgánica, supone lo siguiente:

**Un acto de la mente:* En cada acontecimiento del día hay vestigios del plan de Dios. La mente se aboca al reconocimiento de dicho plan, con docilidad, filialidad y responsabilidad.

**Un acto de la voluntad:* Dios desea cada suceso que realiza su plan, y la voluntad humana se esfuerza por aceptar esa voluntad paternal y sabia.

**Un acto del corazón* para confirmar que el Dios providente es un Padre personal y real, quien gratuitamente derrama su amor, precisamente sobre la debilidad humana.

4. En cuanto al cuidado del ambiente

La bioética personalista inspirada en la mentalidad orgánica reconoce una vinculación profética y sacerdotal a la naturaleza en general, y no se deja determinar por una visión tecnocientífica de intenciones utilitarias y manipuladoras.

La dimensión profética nos permite descubrir en animales, plantas, minerales, en el ecosistema total, signos de la obra creadora y providente de Dios, invitaciones para reconocer su gloria y bondad.

La razón, voluntad y afectividad humanas se entrelazan orgánicamente para cultivar una visión del ecosistema que incluya la captación de su verdad en sentido amplio, vale decir, no sólo como la exponen las ciencias experimentales sino también las humanidades y estudios sociales. Una comprensión de su bondad y belleza dignas de ser contempladas gratuitamente, por encima de meros criterios de utilidad.

Se trata de un pensar simbólico, cuyo sujeto es una persona, un ser responsable y receptivo de la verdad y del bien que lo conducen mas allá del subjetivismo individualista. Por eso el pensar simbólico abarca toda la realidad; exige que se reconozca la estructura y dinámica de esa realidad en el plano racional pero sin descuidar el hecho de que ella es también indicadora de un plan divino.

Vincularse sacerdotalmente a las cosas significa conducir el ecosistema hacia su plenitud según el plan providente de Dios. Y hacerlo usándolo y desarrollándolo con reverencia, benevolencia y justicia en relación con las diversas necesidades humanas de esta generación y de las futuras.

Se nos invita a dar gracias y a alabar a Dios por la belleza y majestad de la creación desde los microorganismos hasta las constelaciones. Es decir, en el actuar orgánico estamos llamados por Dios a “*completar*” la creación y perfeccionarla mediante nuestro trabajo intenso y responsable, evitando el extremo de la apatía fatalista ante las dificultades y el extremo del activismo arrogante propio del fanático de la eficiencia mecánica.

Hemos de tomar el pulso del tiempo a la vez que escuchamos la voz de Dios en el alma y en los acontecimientos, para conducir la historia en consonancia con el Plan de Salvación. Se trata de obrar plenamente como causas segundas libres y dependientes, recibiendo de Dios Padre la existencia y los ideales personales y comunitarios que orienten nuestra acción valiente y generosa.

Por decisión libre nos transformamos así en instrumentos en las manos de Dios para que Su fuerza creadora, redentora y santificante opere por vía de nuestra interacción en el ecosistema y en la historia de la humanidad.

5. En cuanto al encuentro clínico y las relaciones interprofesionales

En la bioética personalista organicista, tanto la persona del médico como la del paciente se define como una integración dinámica de razón, voluntad y afecto, capaz de transformar el conocimiento en vida y la vida en amor.

En este contexto se acentúa nuevamente la necesidad de generar un ambiente de familia patrocéntrica y mariana. Ello constituye una responsabilidad especial de los profesionales de la salud. Deben asimismo fomentar una disposición filial entre los pacientes, sin que estos pierdan su integridad y autonomía responsable en la interacción clínica.

Desde este punto de vista el médico asume su tarea como una vocación ministerial y no como mera profesión de servicio bienhechor ni mucho menos como simple oficio de eficiencia. El médico ministerial afirma la presencia divina en toda la creación, particularmente en la naturaleza de la fisiología - anatomía humana, a la cual asiste en su dinámica propia, respetando su estructura sin pretender controlar sus funciones con intervenciones técnicamente inútiles o excesivamente dolorosas.

El médico, al igual que todo profesional de salud, se reconoce causa segunda o instrumental en dependencia y responsabilidad filial ante la Providencia de la Causa Primera, Dios Padre omnipotente, omnisciente y plenamente amoroso.

El servicio del profesional de salud se inserta en este punto de intersección entre lo divino y lo humano. Mediante su instrumentalidad causal hace presente a Dios en su misericordia y justicia ante un paciente contemplado como manifestación de Jesús sufriente.

El médico o profesional en salud debe estar abierto a Dios Espíritu Santo. En este sentido tiene que ser como un canal para los dones del Espíritu. Que tales dones informen su propia vida y que a través de él fluyan a los demás. Así lo recomienda el P.Kentenich. Repasemos algunos de esos dones:

- *La fortaleza* le permite acompañar en el dolor a su paciente sin caer en el desaliento.
- *El consejo* lo orienta en la toma de decisiones difíciles y complejas de la vida clínica.
- *La sabiduría* lo inspira en el uso de la ciencia y para servir también a la finalidad trascendente del paciente, y a no estancarse en una visión inmanentista, por no decir naturalista, de la condición humana en general y de la enfermedad en particular.
- *El don de la ciencia* le facilita una interpretación filosófico - teológica que le permitirá evaluar los logros al igual que las limitaciones propias del saber científico experimental - empírico.
- *El entendimiento* anima su visión de conjunto de la persona a quien atiende y le sirve de antídoto contra la tentación de reducirlo a un conjunto de síntomas o a una ilustración de una enfermedad rara e interesante.
- *La prudencia* lo acompaña en cada juicio clínico que exige, por la frecuente complejidad e incertidumbre, una cuidadosa y ponderada selección de los medios adecuados a cada paciente individual.

¿Qué características presenta el paciente en la interacción clínica basada en una mentalidad orgánica? Mucho depende del profesional. El profesional espiritual aporta a la relación una disponibilidad a confiar, a hacerse merecedor de la confianza, sin preocuparse de si su confianza es reconocida y respondida. Se trata de la confianza que emana de un corazón benévolo y de una predisposición optimista ante el bien que su intervención profesional ofrece.

El paciente debe ser visto como un misterio, término con el cual indicamos que la persona en sí misma no admite una definición exacta, que no es un mero problema clínico para un análisis mecanicista. El paciente quizás se torne desconfiado y recalcitrante; quizás haga una demanda judicial por lo que percibe como mala praxis; quizás no se recupere y se transforme así en símbolo de un fracaso clínico. A su vez el médico puede equivocarse, actuar en ignorancia no culpable e incluso culpable, o sencillamente llegar al límite de las posibilidades del conocimiento y quehacer biomédico.

A la hora de estas experiencias, el médico o profesional de salud debe confiar en Dios, quien manifestara su apoyo poderoso y misericordioso incluso en los fracasos y errores. Con su pequeñez ante Dios Padre, el profesional en salud afirma el poder de

Dios, a la vez que con su humildad fomenta la colegialidad de la complementariedad interprofesional.

La colaboración ministerial entre colegas de una rama y con profesionales de otras ramas en la prestación del servicio de salud, se impone como condición para responder con actitud de compasión y comprensión. Un ministerio colegiado exige de cada participante que deponga actitudes individualistas, separatistas y competitivas, para promover así el aprecio y afirmación de los talentos y funciones profesionales específicos y personales de cada integrante de la comunidad asistencial, entendida esta como familia fraternal.

A modo de conclusión de esta parte, configuremos la relación profesional de salud – paciente, y también la interprofesional, como una Alianza de Amor. Por ella se ama, venera y obedece en el prójimo a Dios y a la persona de María Santísima.

- El médico *ama a Dios* en el paciente tratando de vislumbrar el plan divino para con ese paciente;
- *venera a Dios* en el paciente cuando respeta la libertad y la integridad del paciente;
- *obedece a Dios* en el paciente cuando escucha y responde con sinceridad y honestidad a la verdad integral de la persona, es decir, cuando el médico contempla el misterio de Dios en cada persona.

Podemos reconocer que la presencia de la Santísima Virgen María como reflejo de Dios en el paciente es también pastoralmente muy efectiva. En la Sma. Virgen el profesional de salud, el paciente y, de hecho, todos nosotros en cuanto personas, descubrimos la espontaneidad propia de los hijos de Dios. Podemos imitar la humildad y asombro de la Sma. Virgen ante las maravillas de la creación, y así aprender (como antídoto contra el escepticismo de la época secularista – mecanicista) a ser reverentes ante el orden objetivo de la realidad.

En la Sma. Virgen el profesional tiene un ejemplo de cómo una persona se realiza a sí misma en la medida en que colabora con el plan de Dios con creatividad, libertad, servicio y competencia. En su compañía el profesional puede entregarse con fidelidad al plan de la Divina Providencia en su propia vida diaria. Esta actitud lo colocará en un nivel de certeza superior a sus capacidades naturales; le conferirá unidad al ejercicio de sus capacidades humanas e iluminará el objetivo primordial de la vida como regreso del hombre a su hogar en el corazón del Padre Dios.

V Exhortación Final

Para fomentar el “*Con María (la) familia del Padre*” es preciso retornar a un punto central y continuamente señalado durante la exposición. El “*con*” María supone esforzarnos *como* María Santísima para imitarla en lo que hace a experiencia, visión y misión de la mentalidad orgánica - concebida como espiritualidad laical - en los ambientes particulares que la bioética personalista estudia y sobre los cuales ofrece orientación práctica.

Desde su Santuario Nazaret y bajo la conducción del Padre, comprendemos que el sistema orgánico de vinculaciones es la *vida intrínseca de la Sma. Trinidad*, arquetipo de la Familia Eclesial, de la Familia de Schoenstatt, de la familia doméstica y de la atmósfera de familia en las comunidades de trabajo biomédico.

Veamos ahora cómo la Sma. Virgen es modelo y medianera del pensar, amar y vivir orgánicos en cuanto *experiencia, visión y misión*, mediante la triple espiritualidad schoenstattiana: Alianza de Amor, piedad instrumental y fe práctica en la Divina Providencia.

Dios le ha transferido a la Sma. Virgen la mayor plenitud imaginable de gracias y perfecciones. Por eso nadie más apta para conducir hacia Dios que la Virgen María en cuanto “*remolino*” de la Trinidad que “*arrastra*” a todos hacia la Trinidad.

A. Experiencia de la mentalidad orgánica

Ella es ejemplo de que el amor de Dios y el amor al prójimo son inseparables, y que el modo más profundo de amar a Dios consiste en entregar el corazón sin reservas a la persona y misión del Hijo. Y hacerlo por amor a Dios Padre y en apertura a la vida y amor del Espíritu Santo.

En armonía con estas vinculaciones con lo divino, la persona procede a formar una red o sistema de vinculaciones personalizadas y personalizantes con las cosas (con el ecosistema), y con las demás personas que intervienen en las relaciones clínicas, interprofesionales, conyugales y familiares.

La experiencia de María en la Anunciación nos pone en contacto con la filialidad esencial e inherente a toda familia de Dios, y nos anima al cultivo de la confianza, la sencillez y la humildad que fomentan la disposición al servicio generoso tanto en la familia natural como en el encuentro clínico.

B. Visión de la mentalidad orgánica

Tal como hizo con el Padre Fundador, la Sma. Virgen nos enseña a contemplar y entender su propia persona y a las demás personas desde la perspectiva de un estilo de vida acorde al ideal de la Inmaculada.

Se propicia así un *pensamiento* de ideas claras en el cual la razón humana se complementa por la luz de la fe religiosa. Nos ayuda, en y con el Padre, a contemplar cada acontecimiento - agradable o no - desde el corazón, buscando vislumbrar la voluntad de Dios, Padre amoroso, a fin de asumir los acontecimientos con confianza heroica.

La *voluntad* de la Inmaculada es recta e íntegra y no admite intrigas ni mediocridad al comprometerse con una consciencia de intención bondadosa y acorde con acciones igualmente rectas a la hora de asumir los desafíos de la vida personal y la profesional.

Los sentimientos de la Inmaculada se inspiran en la verdad y el bien que Dios revela en cada persona, cosa y acontecimiento. La afectividad de la Inmaculada afirma, acoge y celebra la vida en cualquiera de sus condiciones, procurando inspirar y orientar su crecimiento hacia Dios, plenitud de felicidad y perfección.⁴⁸

C. Misión de la mentalidad orgánica

El Padre Fundador nos indica que la Sma. Virgen (particularmente en su advocación de Inmaculada) vence el bacilo de la mentalidad mecanicista. Ella es la única persona humana cuya armonía interior y exterior jamás fue afectada por el pecado ni por esas fuerzas de fragmentación de la integridad de la persona, de conflicto entre las dimensiones espirituales y corpóreas, ni por la pérdida de vinculación en relación con las personas, los acontecimientos y, sobre todo, con Dios.

Ella es la enviada o misionera que actúa por medio de la Alianza de Amor schoenstattiana. Ella obra en el Santuario, en donde se genera una integración armoniosa de lo sobrenatural y lo natural, de lo divino y lo humano en un marco de vivencia de Familia. En y desde este Santuario cultivamos el amor patrocéntrico y mariano que anima y sostiene a la familia natural, al igual que a las comunidades de servicio en salud que necesitan urgentemente de la benevolencia y reverencia de profesionales de paternidad - maternidad generosa y de un estilo de vida acorde al ideal de la Inmaculada.

⁴⁸ Cf. Lugo, Helena, **Impulso**, conferencia dictada en Chile el 31.5.1999.

Precisamente estos profesionales han de cultivar el amor filial. Porque ese amor les hace ver que dependen de la Providencia Divina y les enseña a interpretar y configurar su servicio de acuerdo a una *piEDAD instrumental*.

En la Sma. Virgen el Padre nos muestra y anima a una autoeducación que, en vista de este taller sobre bioética personalista, resumo de la siguiente manera:

1. Lograr, por amor, el dominio de sí mismo. Desarrollar la capacidad de renunciar incluso a proyectos personales. Recordemos que la misma Virgen Santísima renunció a sus derechos de madre para que se cumpliera la misión redentora del Hijo, a la cual ella había dado su “sí” incondicional;
2. Comprometerse con la búsqueda constante y alegre de la auténtica verdad, bien y belleza que Dios ha revelado en toda la creación, sin empañar la Sabiduría divina en cada objeto de investigación científica, intervención técnica, o atención clínica.
3. Aceptar que la dedicación y compromiso plenos suponen purificación y elevación de toda experiencia y visión, hasta integrarlas en el marco liberador de la Divina Providencia.

Según lo propuso y vivió el Padre Fundador, seamos Santuarios del *conocimiento* sustentado en la fe práctica en la Divina Providencia y hecho *vida* en nuestra *piEDAD instrumental*, para regalarse en la plenitud del *amor*, en alianza con todo el orden de la creación y de la cultura humana.