

Introducción

Religión y bioética  
*Eduardo Rodríguez Yunta*

Originales

Bioética y religión cristiano-católica: dos racionalidades complementarias  
*Francisco Javier León Correa*

Notas sobre Judaísmo y bioética  
*Ana María Tapia-Adler*

Bioética y el Islam  
*Rodrigo Karmy Bolton*

Science, religion and ethics: the religious ethical basis of indian science of medicine  
*Sreekumar Nellickappilly*

Consideraciones éticas en el tratamiento médico a Testigos de Jehová  
*Gonzalo Cardemil H.*

Conocimiento de la Ley General de Salud respecto de las transfusiones sanguíneas en médicos y pacientes Testigos de Jehová del Hospital Dr. Darío Contreras de República Dominicana  
*Elsa Díaz Santana*

Interfaces

El acto médico: ¿una creación original? Reflexiones sobre su esencia, surgimiento y riesgos a los que se expone  
*Mauricio Besio R.*

Aspectos éticos y legales de la investigación científica en Brasil  
*Paulo Roberto da Silva, Roberto Carlos Barrera García, Rudney da Silva*

Análise qualitativa do conteúdo ministrado na disciplina de bioética nas faculdades de odontologia brasileiras  
*Patricia Elaine Gonçalves, Cléa Adas Saliba Garbin, Artênio José Ispér Garbin, Nemre Adas Saliba*

Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan la terapéutica del intento suicida  
*Liliana Mondragón, Zuraya Monroy, Ma. Emily Ito, Ma. Elena Medina-Mora*

Los comités de ética de investigación biomédica y psicosocial en Bolivia  
*Elizabeth C. Zwareva Mashiri*

Recensiones

Publicaciones

# ACTA BIOETHICA

AÑO XVI - N° 1 - 2010  
ISSN 0717-5906

## RELIGIÓN Y BIOÉTICA

Acta Bioethica - Año XVI - N° 1 - 2010- pp. 1-106



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

## **Acta Bioethica**

**(Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS)**

**Año XVI – N° 1 - 2010**

**ISSN 0717 - 5906**

**Indizada en Science Citation Index (SCI), Lilacs, SciELO y Latindex**

### **Director**

Fernando Lolas Stepke

### **Editor**

Álvaro Quezada Sepúlveda

### **Editores asociados**

Kenneth W. Goodman

Leo Pessini

### **Publicaciones**

Francisco León Correa

### **Diagramación**

Fabiola Hurtado Céspedes

## **Consejo Asesor Internacional**

### **José Acosta Sariego**

Profesor Titular, Universidad Médica de La Habana.  
Coordinador Académico de la Maestría de Bioética, Universidad  
de La Habana.

### **Roberto Llanos Zuloaga**

Presidente de la Asociación Peruana de Bioética. Presidente del  
Comité de Salud Mental de la Academia Peruana de Salud,  
Lima, Perú.

### **Salvador Darío Bergel**

Profesor de la cátedra UNESCO de Bioética, Universidad de  
Buenos Aires, Argentina.

### **José Alberto Mainetti Campoamor**

Director del Instituto de Humanidades Médicas de la Fundación  
Dr. José María Mainetti, La Plata, Argentina.

### **Gabriel D'Empaire Yáñez**

Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Clínicas,  
Caracas, Venezuela.

### **Victoria Navarrete Cruz**

Coordinadora del Centro de Investigaciones en Bioética,  
Universidad de Guanajuato, México.

### **José Geraldo De Freitas Drumond**

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais  
(FAPEMIG), Brasil.

### **Delia Outomuro**

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

### **Marta Fracapani Cuenca de Cuitiño**

Profesora Asociada Área de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

### **Alberto Perales Cabrera**

Director del Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina,  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

### **César Lara Álvarez**

Director de Enseñanza y Divulgación, Instituto Nacional de  
Medicina Genómica, México.

**Leo Pessini**  
Vicerrector del Centro Universitario São Camilo,  
São Paulo, Brasil.

### **Francisco León Correa**

Profesor del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad  
Católica de Chile.

### **Leonides Santos y Vargas**

Director del Instituto de Estudios Humanísticos y Bioética  
"Eugenio María de Hostos".  
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

### **Sergio G. Litewka**

Coordinador del Capítulo Latinoamericano, Programa de Ética,  
Universidad de Miami. EE.UU.

### **María Angélica Sotomayor Saavedra**

Asesora Jurídica de la Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile.

### **Alfonso Llano Escobar, S.J.**

Director del Instituto de Bioética CENALBE,  
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

### **Raúl Villarroel Soto**

Director del Centro de Estudios de Ética Aplicada,  
Universidad de Chile.

La revista **Acta Bioethica** es publicada semestralmente por el *Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.*

Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura, Santiago, Chile.

Teléfono (56-2) 437-4600

<http://www.paho.org/spanish/bio/home.htm>

[bioetica@chi.ops-oms.org](mailto:bioetica@chi.ops-oms.org)

Los artículos son de responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

Andros Impresores  
Hecho en Chile / Printed in Chile

# TABLA DE CONTENIDOS

## Introducción

Religión y bioética <i>Eduardo Rodríguez Yunta</i> .....	7
---	---

## Originales

Bioética y religión cristiano-católica: dos racionalidades complementarias <i>Francisco Javier León Correa</i> .....	9
Notas sobre Judaísmo y bioética <i>Ana María Tapia-Adler</i> .....	17
Bioética y el Islam <i>Rodrigo Karmy Bolton</i> .....	25
Science, religion and ethics: the religious ethical basis of indian science of medicine <i>Sreekumar Nellickappilly</i> .....	31
Consideraciones éticas en el tratamiento médico a Testigos de Jehová <i>Gonzalo Cardemil H.</i> .....	40
Conocimiento de la Ley General de Salud respecto de las transfusiones sanguíneas en médicos y pacientes Testigos de Jehová del Hospital Dr. Darío Contreras de República Dominicana <i>Elsa Díaz Santana</i> .....	46

## Interfaces

El acto médico: ¿una creación original? Reflexiones sobre su esencia, surgimiento y riesgos a los que se expone <i>Mauricio Besio R.</i> .....	51
Aspectos éticos y legales de la investigación científica en Brasil <i>Paulo Roberto da Silva, Roberto Carlos Barrera García, Rudney da Silva</i> .....	61
Análise qualitativa do conteúdo ministrado na disciplina de bioética nas faculdades de odontologia brasileiras <i>Patricia Elaine Gonçalves, Cléa Adas Saliba Garbin, Artênio José Iper Garbin, Nemre Adas Saliba</i> .....	70
Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan la terapéutica del intento suicida <i>Liliana Mondragón, Zuraya Monroy, Ma. Emily Ito, Ma. Elena Medina-Mora</i> .....	77

Los comités de ética de investigación biomédica y psicosocial en Bolivia <i>Elizabeth C. Zwareva Mashiri</i> .....	87
<b>Recensiones</b> .....	92
<b>Publicaciones</b> .....	94
<b>Instrucciones a los autores</b> .....	97
<b>Instructions to authors</b> .....	101
<b>Tabla de contenidos del número anterior</b> .....	105

## RELIGIÓN Y BIOÉTICA

Eduardo Rodríguez Yunta\*

Desde su origen, la bioética se ha desarrollado como puente entre las humanidades –con base en la filosofía y la ética– y las ciencias biomédicas, principalmente en un campo neutral secular, en el cual se dialoga en una perspectiva autónoma y universal, sin apoyarse directamente en una corriente filosófica o autoridad religiosa. La influencia norteamericana sobre el desarrollo de la bioética ha hecho que se enfatice el papel de la autonomía en el campo de decisiones de salud y que se use la bioética para determinar políticas públicas. En Estados Unidos la religión pertenece a lo privado y las creencias y convicciones no pueden imponerse en políticas públicas que se consideran generales, ya que los motivos religiosos generalmente dividen a la comunidad(1).

Sin embargo, es posible observar instituciones religiosas que vuelcan su actividad y vigilancia sobre temas bioéticos, los cuales –según consideran– se encuentran en el centro de valores relacionados con la fe, operando a veces sin un rigor metodológico, sino más bien por intereses internos propios de su confesionalidad. Por otra parte, es necesario reconocer que la reflexión sobre salud y enfermedad aparece en los textos canónicos de las religiones, y aspectos como la integridad de la persona humana y su cuerpo, el valor de la vida y la muerte, el mandamiento de hacer el bien, la asistencia al moribundo, la exigencia de justicia en el acceso a salud para los pobres y la protección de miembros vulnerables de la sociedad son temas que ya existían en el contexto de la reflexión teológica antes del nacimiento de la bioética. Por tanto, sería faltar a la verdad afirmar que el enfoque religioso no ha influido en el desarrollo de la bioética o no considerarlo importante. Ciertos conceptos que se usan en bioética provienen de la reflexión teológica, por ejemplo, el de proporcionalidad en el tratamiento en decisiones de salud al finalizar la vida se deriva de la distinción teológica entre tratamiento ordinario y extraordinario. La teología de la liberación ha influido en Latinoamérica en una forma de reflexión bioética más centrada en la acción política para producir cambios sociales que en el debate académico(2).

No obstante, en el diálogo actual en bioética generalmente se deja de lado la religión y la filosofía, con la excusa de hacerla más operativa en un mundo plural con multitud de corrientes religiosas y filosóficas, a menudo con fuertes discrepancias. Por ello se opera en un nivel intermedio, mediante principios universales comunes (*prima facie*) en las distintas tendencias. El discurso bioético se sustenta entonces en los derechos humanos cívicos y en el pluralismo ideológico en un terreno filosófico neutro. A partir de estos supuestos, la forma más generalizada de hacer bioética ha sistematizado sus planteamientos en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia –los cuales, es necesario aclarar, tienen también fundamento común en las religiones. Se busca así llegar a consensos mediante una argumentación racional que sustente recomendaciones de vías de acción en temas de salud, investigación, uso de la técnica y cuidado del medio ambiente.

En el diálogo bioético es menester excluir los fundamentalismos evitando posiciones extremas, como la cientificista o el moralismo o absolutización de la ética, y valorar actitudes como el respeto al otro, la tolerancia, la fidelidad a los propios valores, la escucha atenta, la actitud interna de humildad, el reconocimiento de que nadie puede adjudicarse el derecho de monopolizar la verdad; esto implica hacer un esfuerzo para ser receptivo, aceptando la posibilidad de cuestionar las propias convicciones desde otras posiciones, y apreciar el enriquecimiento que aporta la competencia profesional interdisciplinaria y la autenticidad en los acuerdos.

\* Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, Chile  
Correspondencia: erodriguezchi@gmail.com

Sin embargo, pese al consenso sobre lo anterior, es patente la casi ausencia de presupuestos religiosos y filosóficos en el debate, los cuales efectivamente se encuentran en la base de las argumentaciones. No se puede esconder el hecho de que hay corrientes dentro de la reflexión bioética y que estas derivan de convicciones religiosas o ideológicas con fundamento filosófico, el cual rara vez se explicita.

Daniel Callahan ha argumentado que la falta de religiosidad del actual debate bioético es negativa, ya que fomenta una forma de filosofía moral que aspira a una neutralidad no comprometida y a un universalismo racionalista carente de base cultural(3). Hay tres consecuencias negativas de esta situación:

- Las determinaciones jurídicas se tienden a convertir en la fuente compartida de moralidad para determinar lo que es ético y lo que no lo es.
- El discurso bioético está perdiendo la sabiduría y los conocimientos acumulados por las grandes tradiciones religiosas.
- Este clima lleva a pensar que no somos hijos de comunidades morales particulares y que pasamos a formar parte de una comunidad general que expresa su pluralismo. Pero este pluralismo se convierte en una fuerza opresora que obliga a silenciar nuestras propias convicciones para utilizar una especie de “esperanto moral”.

Si bien conviene al diálogo bioético seguir trabajando en un terreno neutral en una sociedad pluralista, a la hora de fundamentar resulta más auténtico expresar de dónde provienen las convicciones por las que se adoptan distintas posturas, usando como intermediaria la antropología filosófica. Los argumentos de tipo religioso tienen un componente racional que debe ser especificado para poder ingresar en el diálogo, evitando posiciones autoritarias que no puedan debatirse. De la religión se pasa a la filosofía antropológica con su metodología racional y de esta al principio *prima facie* que se quiere privilegiar.

En la búsqueda de hacer explícito este conjunto de convicciones y creencias que sustentan las diversas argumentaciones bioéticas, este número de *Acta Bioethica* contribuye con exponer algunas de ellas, provenientes sobre todo de la tradición monoteísta (el punto de vista cristiano-católico, el del Judaísmo y el del Islam) y de la ciencia médica de la India. También pareció importante reflejar dos experiencias de la iglesia evangélica “Testigos de Jehová”, cuyas convicciones han dado lugar a reconocidos conflictos éticos. El número aporta también cinco artículos misceláneos sobre no menos importantes temas bioéticos y las ya tradicionales recensiones y reseñas de publicaciones recientes.

## Referencias

1. Campbell Courtney S. El significado moral de la religión para la bioética. En: *Bioética. Temas y Perspectivas*. Washington, D.C.: OPS; 1990: 31-38.
2. Fabri dos Anjos M. Bioética y religión en América Latina. En: Pessini L, Barchifontaine ChP, Lolas F. (coords.) *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*. Santiago de Chile: Cieb y Programa de Bioética OPS/OMS; 2007: 219-231.
3. Callahan D. Religion and the Secularization of Bioethics. *Hastings Center Report* 1990; 20: S2-S4.

# BIOÉTICA Y RELIGIÓN CRISTIANO-CATÓLICA: DOS RACIONALIDADES COMPLEMENTARIAS

Francisco Javier León Correa\*

**Resumen:** Desde un primer momento de confrontación, se está llegando a la convicción de que es necesario un diálogo fecundo entre bioética y religión, tal como lo reflejan distintos autores en estos últimos años. Por una parte, en el ámbito católico se ha profundizado en las relaciones entre religión y ciencia, entre fe y razón. Por otra, desde lo secular se reconoce interés en descubrir la óptima aportación de la teología moral al debate bioético, para generar un diálogo constructivo acerca de los aspectos éticos de la atención de la salud y el cuidado de la vida humana en el ámbito biomédico. Después de examinar distintas posiciones, este artículo hace hincapié en el diálogo constructivo y en la probable aportación de la filosofía y la teología cristianas a la bioética.

**Palabras clave:** bioética, religión, diálogo

---

## BIOETHICS AND CHRISTIAN-CATHOLIC RELIGION: TWO COMPLEMENTARY RATIONALITIES

**Abstract:** After a first moment of confrontation, in the last years several authors are coming to the conviction that a fruitful dialogue is necessary between bioethics and religion. On one hand, Catholic thinkers have reflected on the relations between science and religion and faith and reason. On the other hand, secular thinkers have expressed interest in discovering the optimal moral theology contribution to bioethical debate, in order to generate a constructive dialogue over ethical aspects of health care and the care of human life in the biomedical field.

After examining different positions, this article emphasizes constructive dialogue and the probable contribution to bioethics of Christian theology and philosophy.

**Key words:** bioethics, religion, dialog

---

## BIOÉTICA E RELIGIÃO CRISTÃ-CATÓLICA: DUAS RACIONALIDADES COMPLEMENTARES

**Resumo:** Desde o primeiro momento de confrontação, tem-se a convicção de que se faz necessário um diálogo fecundo entre bioética e religião, assim como se reflete em diversos autores dos últimos anos. Por um lado, no âmbito católico, se tem aprofundado as relações entre religião e ciência, entre fé e razão. Por outro, secularmente reconhece-se interesse no aporte de elementos da teologia moral ao debate bioético, para gerar um diálogo construtivo acerca dos aspectos éticos da atenção à saúde e ao cuidado da vida humana no âmbito biomédico. Depois de examinar diversos posicionamentos, este artigo propõe um diálogo construtivo e o possível aporte da filosofia e da teologia cristãs à bioética.

**Palavras-chave:** bioética, religião, diálogo

---

\* Doctor en Filosofía. Profesor Adjunto del Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.  
**Correspondencia:** gibioetica@vtr.net



## Introducción:

La bioética es un diálogo plural entre diversas ciencias y entre las diferentes corrientes de pensamiento presentes en la sociedad acerca de los aspectos éticos de la atención en salud y el cuidado de la vida humana en el ámbito biomédico. Parte de los que participan en el diálogo lo hacen sin dialogar: algunos piensan que la luz de la fe resuelve ya los problemas planteados a la razón y el sentido moral del hombre y, por tanto, ya está preestablecida la solución a los dilemas éticos; otros, en cambio, sostienen que la religión y, más ampliamente, el mundo de las creencias, afectos y sentimientos, estorba y entorpece la reflexión, es irracional y debe dejarse fuera del estricto diálogo bioético.

El diálogo es posible si, por un lado, se reconoce el aporte de la ética cristiana a la bioética y, por otro, se respeta la diversidad de racionalidades y cosmovisiones presentes en la sociedad.

## Distintas visiones de la relación bioética-religión en el mundo posmoderno actual

Una parte de la bioética norteamericana se ha presentado como un intento de conseguir una ética de consenso, basada en principios emanados de un “sentido común moral”, que debe estar cerrado necesariamente a la trascendencia –aunque lo esté en ocasiones– y en la cual los interlocutores debieran dejar de lado sus creencias y convicciones religiosas o morales a favor de lograr acuerdos de mínimos(1).

Por ejemplo, Max Charlesworth, en su conocida obra “La bioética en una sociedad liberal”, comenta que sólo podemos ponernos de acuerdo en que no vamos a ponernos de acuerdo y critica que no se deje a los individuos elegir su propia muerte, que se limite el arriendo de úteros en la fecundación *in vitro* o que “el enfoque utilitarista de coste-beneficio adoptado en el presente por muchos economistas sanitarios, burócratas y políticos (enfoque que se presta al paternalismo burocrático y el ‘dirigismo’) va(ya) directamente en contra de estos valores neoliberales. Por lo tanto, todavía existen dudas, pasos hacia atrás e incoherencias en el reconocimiento y la aceptación de los valores liberales en la bioética, con reliquias de criterios antiguos respecto de las cosas, como cuando el Estado se consideraba como refuerzo de la moralidad pública básica (...)”. Sostiene que “...en una sociedad liberal, la única moralidad común o consenso ético posible sería aquel fundado

en los valores liberales primarios (autonomía moral, igualdad y justicia basadas en la autonomía y sus valores anexos). En dicha sociedad no puede haber ningún consenso sobre valores de segundo orden, ‘parciales’ o confesionales”(2). Se critica el “paternalismo” y el relativismo del utilitarismo y, a la vez, se rechaza todo intento de introducir cualquier valor de tipo religioso o moral en el espacio público.

H. Tristram Engelhardt comenta: “Las diferencias entre las visiones morales (entre ateos o creyentes o también entre los mismos ateos) son reales, fundamentan concepciones sustancialmente diferentes de la bioética y tienen su origen en que los participantes en las controversias morales disponen de premisas y de reglas de evidencia diferentes, de tal modo que las controversias no se pueden resolver por medio de argumentos racionales lógicos, ni mediante la apelación a una autoridad moral reconocida por todos. Sólo la moralidad secular general carente de contenido puede salvar este abismo y permitir la colaboración cuando no se alcanza la concurrencia de pareceres morales dotados de contenido”(3). Por eso puede compatibilizar su personal moral cristiana ortodoxa –que comparte con sus “amigos morales”– con su posición secular liberal, de ética de consenso, cuando actúa como un ciudadano más entre “extraños morales”.

Se da la paradoja de que muchos de los impulsores de la bioética han partido desde distintas posiciones de fe(4): protestantes y católicos en Estados Unidos, en el *Hasting Center* de New York o en el *Kennedy Institut* dentro de la *Georgetown University* de Washington, dirigida por los jesuitas. Más aún, el primer Centro de Bioética en Europa fue el Instituto Borja de Bioética (en Cataluña), de los jesuitas, y es conocida la labor que han desarrollado en bioética instituciones universitarias católicas desde diferentes posiciones. En Italia, por ejemplo, tanto en los medios de comunicación como en la elaboración y aprobación política de la legislación y en el debate académico, han chocado con fuerza la “bioética laica” y “la bioética católica”, especialmente respecto de las exigencias éticas derivadas del mensaje cristiano sobre el hombre y la vida humana.

En Latinoamérica han sido y son importantes tanto la aportación académica al desarrollo de la bioética desde instituciones católicas(5) como, también, los intentos de diálogo racional entre diversas fundamen-

La confrontación es clara en algunas posturas. En un trabajo conjunto sobre el humanismo en la era de la globalización, entre los institutos de Essen, en Alemania, y Morelia, de México, se evalúa el papel de la religión de un modo bastante negativo(7): “La religión siempre ha jugado un papel significativo en el proceso de construcción de las identidades culturales del hombre, pero se ha convertido hoy, por desgracia, en un preocupante obstáculo en el intento de desarrollar un sistema de valores lo suficientemente universal, de manera que este pueda llegar a tener relevancia transcultural. Debido a que la perspectiva humanista se ve acompañada frecuentemente de un modo de vida secular, el fundamentalismo religioso se opone violentamente a cualquier intento por establecer un humanismo universalista como principio regulador del entendimiento en el campo de la diversidad cultural”. La religión, según esta postura, descalifica otras verdades que proclaman validez universal, como las de la ciencia o cualquier otro sistema de creencias, “...descalificando también con ello los presupuestos en que se sustenta el funcionamiento de la verdad. La única solución pareciera ser la superación de las formas específicas y peculiares del fervor religioso a favor de una moral universalista común o de un sistema ético”, como la propuesta de Hans Küng(8), que mencionan los autores.

En opiniones recientes, Javier Sádaba acusa a las religiones en general, y a la católica en particular, de secuestrar el bienestar y el ideal de vida buena con las falsas garantías de su moral. La felicidad de una “sociedad laica”, a su juicio, debe estar en lo cotidiano, sin falsas esperanzas trascendentes(9).

Gianni Vattimo y Richard Rorty, desde la racionalidad hermenéutica europea y el neopragmatismo norteamericano, respectivamente, han debatido en forma reciente sobre el futuro de la religión en nuestro mundo posmoderno, caracterizado por un “pensamiento débil” que se rebela contra la violencia de cualquier dogma autoritario, tanto de la religión como de la ciencia(10): “Donde quiera que haya una autoridad que, en nombre de una comunidad científica o eclesiástica, imponga algo como verdad objetiva, la filosofía tiene la obligación de operar en la dirección contraria, para mostrar que la verdad nunca es objetividad, sino un diálogo interpersonal que tiene lugar en un lenguaje compartido (...) Si la tarea de la filosofía tras la muerte de Dios –lo cual equivale a decir tras la deconstrucción

de la metafísica– consiste en volver a juntar las piezas, en volver a agruparlas, entonces la secularización es el modo más apropiado de dar testimonio de la relación que vincula a la civilización europea contemporánea con su propio pasado religioso; una relación que no comporta únicamente la superación y la emancipación, sino también la conservación”(10:16). Pero su propuesta es la conservación de un fe religiosa siempre que esta se “privatice”, no de una fe religiosa “que funde iglesias y adopte posiciones políticas”, pues parten del laicismo anticlerical que asume la total autonomía de la vida social, cultural y política respecto de cualquier iglesia: “la religión debe transformarse en algo privado”(10:32).

Dentro del ámbito filosófico, Diego Gracia ha escrito sobre la relevancia de las tradiciones religiosas para el discurso bioético. Expone sus conocidas tesis de la separación radical entre las éticas de la fe y las de la autonomía(11), apoyándose fundamentalmente en las obras de Rahner, Fuchs y Demmer, para concluir que los mandatos morales específicamente cristianos no pueden formularse nunca de modo absoluto y sin excepciones, pues lo único que tendría este sentido sería la “opción moral fundamental” y, por tanto, habría que avanzar hacia una autonomía religada, en el mismo sentido pero más allá del planteado por los promotores del “proyecto de ética mundial”: Hans Küng y John E. Hare(12).

Esta posición es respondida desde la misma bioética por los defensores de los absolutos morales, con diferentes perspectivas filosóficas y no sólo teológicas: la opción moral fundamental –importante en el desarrollo moral personal– debe aplicarse a las acciones humanas concretas, según un esquema de valores previo a la propia opción. La opción autónoma no es la base última de fundamentación, sino la conciencia moral que aplica a lo particular y concreto los imperativos categóricos, bienes humanos básicos o valores, fundantes de la obligatoriedad moral, ya sea desde la exploración racional o desde la aceptación suprrracional –pero no irracional– de las consecuencias morales de una fe religiosa(13-15).

Desde un primer momento de confrontación, se está pasando a la convicción de que es necesario un diálogo fecundo entre bioética y religión, tendencia presente en algunas publicaciones de estos últimos años. Por una parte, en el ámbito católico se han profundizado las relaciones entre religión y ciencia(16) y entre fe y

razón dentro del ámbito bioético(17-19), con diferentes conclusiones; por otra, como veremos, en el ámbito de la ética filosófica se ha progresado en la superación de la confrontación entre creyentes y no creyentes en nuestras plurales sociedades.

## La aportación de la moral católica a la bioética

Es bien conocida la posición oficial de la Iglesia Católica, a través de la Encíclica "*Fides et Ratio*" de Juan Pablo II, respecto de la armonía y complementariedad de ambas(20): "...es posible reconocer, a pesar del cambio de los tiempos y de los progresos del saber, un núcleo de conocimientos filosóficos cuya presencia es constante en la historia del pensamiento. Piénsese, por ejemplo, en los principios de no contradicción, de finalidad, de causalidad, como también en la concepción de la persona como sujeto libre e inteligente y en su capacidad de conocer a Dios, la verdad y el bien; piénsese, además, en algunas normas morales fundamentales que son comúnmente aceptadas. Estos y otros temas indican que, prescindiendo de las corrientes de pensamiento, existe un conjunto de conocimientos en los cuales es posible reconocer una especie de patrimonio espiritual de la humanidad. Es como si nos encontrásemos ante una *filosofía implícita* por la cual cada uno cree conocer estos principios, aunque de forma genérica y no refleja. Estos conocimientos, precisamente porque son compartidos en cierto modo por todos, deberían ser como un punto de referencia para las diversas escuelas filosóficas (...) La Iglesia, por su parte, aprecia el esfuerzo de la razón por alcanzar los objetivos que hagan cada vez más digna la existencia personal. Ella ve en la filosofía el camino para conocer verdades fundamentales relativas a la existencia del hombre. Al mismo tiempo, considera a la filosofía como una ayuda indispensable para profundizar la inteligencia de la fe".

Es significativo, además, que dos de los capítulos se titulen "*Credo ut intellegam*" e "*Intellego ut credam*", esto es, creer para conocer más por la fe y razonar para llegar a fundamentar mejor la propia creencia religiosa. Por otro lado, en sus obras como filósofo, Karol Woytila ofrece un significativo aporte para la fundación de una ética racional de tipo personalista desde el diálogo con parte de la filosofía del siglo XX(21).

También desde la reflexión moral católica se realiza un esfuerzo por profundizar en el sentido del Magisterio

de la Iglesia y en su interpretación desde variadas posiciones, pero siempre también desde la posibilidad de complementar fe y razón en la búsqueda de soluciones a los dilemas planteados en bioética. Elio Sgreccia señala que el aporte específico realizado (a la bioética) comprende cuestiones de método, de epistemología y de fundamentación, a partir del "personalismo cristológico" del Vaticano II y de la extensa aportación magisterial de Juan Pablo II(22,23).

"Siempre se ha afirmado –comenta Javier Gafo(24)– que las exigencias éticas no sólo tienen validez para el creyente, sino que representan los valores éticos que todo hombre, cristiano o no, tiene grabados en su conciencia". El modelo ético de la ley natural, de carácter predominantemente deontológico, "es el mejor reflejo y exponente de esta pretensión de universalidad de la moral católica en general y, en concreto, en los temas de ética de la vida"(25), pero no es el único.

"El discurso racional ético es fundamental en una bioética 'católica'. La moral católica (...) debe utilizar también las mismas herramientas del discurso racional ético (...) Nuestra forma de percibir los valores humanos básicos y de relacionarnos con ellos está configurada por nuestra cultura y nuestra forma de ver el mundo. Esta forma de ver el mundo puede distorsionar los valores humanos básicos y afectar consecuentemente a nuestras opciones éticas. Es en este punto donde se puede inscribir el significado de la bioética cristiana. La fe ilumina al creyente para hacerle sensible a los genuinos valores humanos. La tradición cristiana ilumina esos valores, los apoya y les proporciona un contexto para saber leerlos en las circunstancias concretas de la vida; *sirve para subrayar los verdaderos valores humanos* contra todos los intentos culturales de distorsionarlos"(24:97).

Este sería el papel principal de la moral católica en países con o sin mayorías cristianas, aunque se pueda disentar del adjetivo de "católica" o de "cristiana" aplicado a la bioética, que es ampliamente rechazado desde muy diferentes posiciones por contradictorio(26,27).

¿Cuáles serían los valores cristianos de especial relieve en bioética? Javier Gafo nos ofrece una sugestiva enumeración, la cual resumimos:

- El valor y la intrínseca dignidad de todo ser humano, por encima de las circunstancias externas y personales.
- La vida humana constituye un valor fundamental del que no se puede disponer arbitrariamente.

- La ética de Jesús es una ética en la libertad y constituye un valor básico.
- La ética evangélica está basada en el amor, en el don gratuito, en el dar sin esperar respuesta. Tiene una marcada predilección por el pobre, por el débil, por el marginado.
- El mensaje de Jesús insiste en la esencial solidaridad humana. No es una ética individualista que prescindiera de las repercusiones sociales de su quehacer, en busca de una autoperfección personal.
- La ética cristiana supone una superación de la espiral de violencia: no se vence al mal con el mal, sino con el bien.

“Todos estos valores, genuinamente evangélicos, son asumibles desde una ética no-creyente. Permiten un diálogo no sólo interdisciplinar, siempre necesario en los temas de bioética, sino también entre distintas cosmovisiones y concepciones de la vida”(24:98). Y son valores que concretan y profundizan en el principio bioético de beneficencia, que no puede ser el eterno olvidado: “La reflexión bioética cristiana tiene que seguir subrayando sus propios valores y su propio carisma, centrados especialmente en torno al principio de beneficencia: el valor del débil, la importancia de la generosidad y del altruismo, con énfasis en la relación de amistad personal sanitario-enfermo, que surgen de una ética que hunde sus raíces en el mensaje evangélico”(24:100).

### El aporte de la teología cristiana a la bioética

En los últimos años existe un verdadero interés por señalar el aporte óptimo de la teología moral en el debate bioético, desde el diálogo constructivo(28). “La intención de fondo en todo ello –comenta Francisco J. Alarcos– no es sino estimular la búsqueda, el diálogo y la cooperación de los bioeticistas, tanto de índole secular como teológica, en la tarea ineludiblemente humana de cuidar la fragilidad vital en todas sus dimensiones”(29).

Entre los pensadores de nuestro tiempo, Hans Küng aboga por la conciliación de racionalidad y fe cristiana en una apuesta común, con su propuesta de una ética universal(8). En un nuevo libro aborda temas centrales: ¿Dios como principio? ¿Creación o evolución? ¿Es todo azar? ¿Es el libre arbitrio una ilusión? Pero no se limita a mostrar las respuestas específicas que ciencia, filosofía y teología dan a estas preguntas, sino que, superando

antagonismos a menudo teñidos de ideología, se hace cargo de la luz que “sigue irradiando el testimonio de la Biblia, siempre y cuando sea entendida de forma acorde con los tiempos; luz como la que, desde la humilde confianza en sí mismas, hoy pueden transmitir a los seres humanos una filosofía y una teología ilustradas”(30).

Hans Küng hace hincapié en la apertura de cada religión a las demás y a una ética universal común, aunque otros autores priorizan como valor el mantenimiento de la propia identidad religiosa en un mundo respetuoso con la diversidad cultural.

Marciano Vidal ha estudiado en extenso estos temas, y también su relación con la bioética(31,32): “Hoy parece que estamos de acuerdo en afirmar que (...) el que cree en una moral religiosa, que haga la moral religiosa pensando como si Dios no se diera. Y el que haga una moral no religiosa que piense, por si acaso, *“et si Deus daretur”*. Al menos por esta razón, aceptamos una moral religiosa y una no religiosa, y que convivan. El cómo queda abierto y es, en gran parte, el problema más serio de la fundamentación y de la epistemología ética y, sobre todo, de la teológica que nos afecta más en este momento”(32:26). En un reto para la propia teología católica, “cómo se constituye una epistemología teológica hoy, qué puede aportar a la racionalidad común de la humanidad y cómo se puede o se debe hacer presente hoy de forma pública y operante”(32:112). La ética religiosa debe contribuir, en el aspecto metodológico, con una apertura al diálogo en el discurso bioético. En la fundamentación de la bioética, lo que debe aportar la teología católica es “una antropología integral”, relacionando el horizonte de sentido con la verdad científico-técnica y ofreciendo la conexión perdida con la sabiduría tradicional(32:119).

Los principios bioéticos se entienden de manera distinta desde la fe, se jerarquizan también de otro modo y se pueden desarrollar con una profundidad diferente. Por ejemplo, la justicia o la autonomía están complementadas también por la solidaridad en la reflexión teológica(33).

Algunos autores –desde posiciones más o menos cercanas a una teología de la liberación(34)– hablan de una “filosofía de la liberación” y del papel liberador de una bioética emancipadora de Latinoamérica, en un contexto de injusticias persistentes: “...evitando caer en el individualismo, la teología latinoamericana y la bioética

—comenta Marco Fabri dos Anjos(35)— van hacia una intersubjetividad capaz de dialogar, de ser parte de una red, de buscar y encontrar razones compartidas, compartir significados y vivirlos en la sociedad”, pasando del “mero consenso al buen sentido”(36). Son voces presentes en el debate bioético latinoamericano, en Brasil y Argentina especialmente. Su raíz se encuentra en la teología católica y en la interpretación de la justicia como principio moral básico y también como filosofía primera, en el sentido que le otorga Dussel(37).

### **La necesidad de diálogo en el ámbito de la bioética**

En el ámbito filosófico actual sobresale la necesidad de un diálogo. Desde la ética del discurso, Habermas(38) insiste en la necesidad del diálogo entre dos tendencias contrapuestas que caracterizan la situación intelectual de esta época: por un lado, la creciente implantación de “imágenes naturalistas del mundo” y, por otro, el “recrudescimiento de las ortodoxias religiosas”. Habermas sondea las tensiones entre naturalismo y religión y defiende una comprensión adecuadamente naturalista de la evolución cultural, que rinda cuentas del carácter normativo del espíritu humano. Además, propone una interpretación adecuada de las consecuencias secularizadoras de una racionalización cultural y social que, de modo creciente, los defensores de las ortodoxias religiosas se resisten a aceptar como la verdadera senda histórica de Occidente.

Lo interesante de esta obra es la nueva sensibilidad con la que se aproxima al choque actual entre la fría visión que aportan las ciencias respecto de lo que es el ser humano y la imagen legada por la tradición religiosa. Habermas aboga por entrar en una sociedad “postsecular”, en la cual las argumentaciones religiosas puedan competir en plano de igualdad con las explicaciones científicas a la hora de interpretar la vida en común.

En definitiva, la religión complementa a la filosofía, pues esta aporta lo que debemos hacer, la ética, mientras la religión aporta lo que debemos esperar: “La religión alberga los símbolos en que la humanidad ha fantaseado sus esperanzas de redención y de plenitud. En la medida en que, sin arbitrariedad, pero sin claudicaciones, se muestre la posible razonabilidad de esas esperanzas, ellas pueden dibujar un tercero entre la tentación del que delira, abandonando la realidad porque esta no se ajusta a sus deseos, y la tentación del que se resigna

desconsoladamente ante ella y pretende negar el propio deseo porque cree que no se va a cumplir”(39).

Un doble reto de contribución y aprendizaje se plantea desde la bioética a la religión y viceversa. La tensión entre ciencias y religiones se acentúa cuando ambas se convierten en ideologías, por lo que la filosofía, crítica frente a ambas, puede y debe mediar en la discusión, hoy más que nunca. Las controversias de bioética se bloquean a veces por la presión de intereses políticos y prejuicios religiosos. Hay que recuperar, desde la filosofía, la capacidad dialogante de una bioética construida como conversación y en un doble nivel: los debates interdisciplinarios académicos y el diálogo cívico en el seno de una sociedad plural y democrática(40). Porque sabemos que “no existe incompatibilidad entre una bioética laica y la ética de las religiones, entre la revolución biogenética y las religiones. Para ello es necesario que las religiones cambien de paradigma y lenguaje. Religiones, bioética y biogenética tienen que caminar a la par con sentido crítico y autocrítico, sin desconocerse, pero sin entorpecerse”(41).

Sin embargo, también es necesaria una apertura desde la neutralidad religiosa del Estado actual: “Durante las últimas décadas, muchos acontecimientos nos obligaron a reconsiderar no los fundamentos de la separación entre la política y la religión, sino determinados aspectos de su institucionalización. El papel de la religión dentro del espacio público y, en consecuencia, el significado del ideal de neutralidad religiosa en lo que Habermas ha dado en llamar ‘sociedad postsecular’, parecen requerir un examen más detenido”(42). “La demanda, tanto dentro como fuera de las sociedades democráticas occidentales, de que la fe religiosa tenga un papel más público, o al menos de que sea desprivatizada, merece ser considerada y nos obliga a atender a tres cuestiones: el logro de la total igualdad entre los ciudadanos creyentes y no creyentes; el diferente ritmo en el que evolucionan la conciencia religiosa y la secular, y la diferencia antropológica entre las diversas formas de religiosidad para adaptarse a la separación entre la Iglesia y el Estado”(41:35).

Es necesaria una “laicidad plural consistente con las implicaciones de un Estado laico, pero capaz de gestarse y sostenerse desde tradiciones culturales y religiosas diversas”, de forma que debemos “pensar la religión para repensar la laicidad”, en términos de interculturalidad(42).

En sociedades pluralistas como las nuestras, cada vez más multiculturales, en las que debemos actuar según un principio de justicia, “la vía para ello no puede atascarse en poner entre paréntesis las convicciones particulares acerca del *sentido* y de los valores en que se encarna –hasta que salten, señalando el tope de lo tolerable desde ellas–, sino que ha de situarse la “verdad moral” de la exigencia de justicia como horizonte de sentido que todos pueden compartir como marco de los acuerdos posibles. Sólo así es posible que cuaje socialmente, desde los individuos, una *responsabilidad solidaria* efectiva y universalistamente abierta, más allá de los intereses del ‘nosotros’ inmediato”(43).

Antes de este debate actual sobre la globalización y el choque de civilizaciones, y después de analizar las relaciones entre la filosofía y la especificidad del lenguaje religioso, y el reto que supone para ambas la existencia del mal, Ricoeur hacía hincapié en el carácter hermenéutico común a la fe bíblica y a la filosofía(44): “Es perfectamente inútil oponer Jerusalén a Atenas. Es por ello que la inteligencia de la fe (...) no puede no integrar los instrumentos reflexivos e intelectuales que debe a esta cultura de origen griego. En este sentido, es

en su mismo seno que una fe pensante debe continuar el diálogo de la representación y el concepto”.

En definitiva, se ha reiniciado definitivamente –y a ello ha aportado también el desarrollo de la bioética– el diálogo entre fe y razón, entre religión y ciencia, más allá de los extremismos propios de la sociedad posmoderna y secularista del siglo XX y de las posiciones intolerantes más ideológicas que religiosas. En la confrontación se pierden de vista las razones del otro y se intenta construir un mundo a la medida de nuestras personales razones excluyentes. La historia del cristianismo es la historia de un diálogo fructífero entre fe y razón, superador de ideologías irracionales. En el diálogo, al entender y respetar –aunque no se compartan– las razones del otro, entenderemos también mejor nuestras propias ideas y podremos ofrecer entre todos soluciones positivas en un mundo necesitado de clarificación y profundización en los valores morales. La reflexión bioética –a través del diálogo– puede aportar mucho a esta tarea en este siglo XXI marcado por el multiculturalismo y los choques entre civilizaciones y culturas religiosas.

## Referencias

1. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999: 33-36.
2. Charlesworth M. *La Bioética en una sociedad liberal*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996: 1-10.
3. Engelhardt HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1995: 104-105.
4. García Capilla DJ. *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Biblioteca Nuova; 2007.
5. *Fe y Ciencias*. Jornada del 8 de octubre de 1997. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina; 1998.
6. Pessini L, Paul de Barchifontaine ChP, Lolas F. (coords.) *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Santiago de Chile: Cieb y Programa de Bioética OPS; 2007.
7. Rösen J, Kozlerek O. (coord.) *Humanismo en la era de la globalización. Desafíos y perspectivas*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009: 23-24.
8. Küng H, Rinn-Maurer S. *La ética mundial entendida desde el cristianismo*. Madrid: Trotta; 2008.
9. Sádaba J. *La vida buena. Cómo conquistar nuestra felicidad*. Barcelona: Península; 2009: 39-52.
10. Rorty R, Vattimo G. *El futuro de la religión. Solidaridad, caridad e ironía*. Barcelona: Paidós; 2006: 25.
11. Gracia D. Religión y ética. En: *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004: 129-196.
12. Gracia D. Fundamentaciones de la bioética. En: Juan Vélez (coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 31-55.
13. Laun A. *La conciencia*. Barcelona: EIUNSA; 1993.
14. Finnis J. *Cuestiones de ética*. Barcelona: EIUNSA; 1992.
15. Pérez-Delgado E. *Moral de convicciones, moral de principios. Una introducción a la ética desde las ciencias humanas*. Salamanca-Madrid: EDIBESA; 2000.
16. Dou A. (ed.) *Pensamiento científico y trascendencia*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1998.
17. Gafo J. (ed.) *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000.



18. Varios autores. *Bioética, religión y derecho: actas del curso de verano de la Universidad Autónoma de Madrid, celebrado en Miraflores de la Sierra del 14 al 16 de julio de 2005*. Madrid: Fundación Universitaria Española; 2005.
19. Kottow M, Anguita V. *Bioética católica. Márgenes de interpretación de las enseñanzas magisteriales*. Santiago de Chile: CINBIO; 1995.
20. Juan Pablo II. *Encíclica Fides et Ratio*. Ciudad del Vaticano: Santa Sede; 1998.
21. Wojtyla K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Ediciones Palabra; 1997.
22. Sgreccia E. Aportes de la Iglesia Católica al desarrollo de la bioética. *Ars Medica*, Santiago de Chile, 2008; 16: 215-230.
23. Herranz G. Some Christian Contributions to the Ethics of Biomedical Research. A Historical Perspective. En: Vial Correa J, Sgreccia E. *The Ethics of Biomedical Research. A Christian View. Proceedings of the Ninth General Assembly of the Pontifical Academy for Life*. Vatican City, Rome; 2003.
24. Gafo J. Bioética y Tradición Católica. En: Vélez J (coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 79-110.
25. Flecha JR. *Teología moral fundamental*. Madrid: BAC; 1994: 135-138.
26. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003: 47-48.
27. Guerra R. Por una bioética sin adjetivos en el contexto de la crisis moderno-ilustrada. *Medicina y Ética* 2007; 18(2): 133-149.
28. Bochatay A. *Bioética y teología moral*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas, Pontificia Universidad Católica Argentina; 1994.
29. Alarcos FJ. *Bioética global, justicia y teología moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2005.
30. Küng H. *El principio de todas las cosas. Ciencia y religión*. Madrid: Trotta; 2007.
31. Vidal M. *Orientaciones éticas para tiempos inciertos. Entre la Escila del relativismo y la Caribdis del fundamentalismo*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007.
32. Vidal M. Ética cristiana y toma de decisiones en Bioética. En: Vélez J. (coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 111-122.
33. De Velasco JM. *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
34. Boff L. *A voz do Arco-Iris*. Brasília: Letraviva Editorial; 2000.
35. Dos Anjos MF. Bioética y religión en América Latina. En: Pessini L, Paul de Barchifontaine Ch, Lolas F (coords.) *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Santiago de Chile: Cieby Programa de Bioética OPS; 2007: 219-232.
36. Moser A, Soares AM. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.
37. Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta; 2008.
38. Habermas J. *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós; 2006.
39. Gómez Sánchez C. Problemas éticos en la religión. En: Guariglia O. (ed.) *Cuestiones morales*. 1ª reimp. Madrid: Trotta; 2007.
40. Masía J. *Bioética y religión*. Barcelona: Síntesis; 2008.
41. Tamayo JJ. *Bioética y religión*. Madrid: Dykinson; 2007.
42. Ferrara A. La religión dentro de los límites de la razonabilidad. En: *La fuerza del ejemplo. Exploraciones del paradigma del juicio*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2008: 245-267.
43. Pérez Tapias JA. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Editorial Trotta; 2007: 87.
44. Ricoeur P. *Fe y filosofía. Problemas del lenguaje religioso*. Buenos Aires: Editoriales Alnagosto y Docencia, 2ª ed.; 1994: 221-229.

Recibido: 18 de enero de 2010

Aceptado: 12 de marzo de 2010

## NOTAS SOBRE JUDAÍSMO Y BIOÉTICA

Ana María Tapia-Adler\*

**Resumen:** El presente artículo revisa algunos temas tradicionales de bioética desde la perspectiva del Judaísmo, refiere respuestas desde las fuentes originales, sus sucesivas exégesis y la legislación judía (*Halajá*), y revela la relación entre ciencia, fe y defensa de la vida en esta visión religiosa.

**Palabras clave:** bioética, Judaísmo, halajá, clonación, eutanasia, responsa, takaná

---

### NOTES ABOUT JUDAISM AND BIOETHICS

**Abstract:** The present article reviews some traditional bioethical topics from Jewish perspective, it gives answers derived from original sources, their subsequent exegesis and from Jewish legislation (*Halajá*), and it unveils relations among science, faith and defense of life according to this religious view.

**Key words:** bioethics, Judaism, halajá, cloning, euthanasia, response, takaná

---

### NOTAS SOBRE JUDAÍSMO E BIOÉTICA

**Resumo:** O presente artigo revisa alguns temas tradicionais de bioética a partir da perspectiva do Judaísmo, em busca de respostas, com base nas fontes originais, nas sucessivas exegeses e na legislação judaica (*Halajá*), e revela a relação entre ciência, fé e defesa da vida nessa visão religiosa.

**Palavras-chave:** bioética; judaísmo, halajá, clonagem, eutanásia, responsabilidade, takaná

---

\* Licenciada en Filosofía con Mención en Lengua y Cultura Hebrea. Centro de Estudios Judaicos, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, Chile

**Correspondencia:** amta@uchile.cl



## Introducción

El presente artículo pretende introducir al lector en ciertos tópicos de bioética percibidos desde la perspectiva judaica. Se parte de la base que quienes tienen acceso a esta literatura poseen ya conocimientos acerca del Judaísmo, en tanto forma de vida y el modo como este regula la existencia del grupo desde el nacimiento hasta la muerte, a través de los preceptos señalados en la Torá<sup>1</sup>.

No obstante lo anterior, sí parece pertinente e importante detenerse en el concepto de “fuentes judías”, las que abarcan tanto la Torá escrita (*Torá shebijtav*)<sup>2</sup> como la Torá oral (*Torá shebealpe*)<sup>3</sup>. Debido a que la primera ha sido escrita en un lenguaje sucinto, ha sido necesario que, a través de las diversas épocas, se efectúe un trabajo de exégesis que permita su aplicación. Por ejemplo: “Guarda y santifica el día *Shabat* como te ha mandado el Señor tu Dios. Seis días trabajarás y harás obras; pero el séptimo día es descanso para el Señor tu Dios: no harás en él trabajo alguno ni tú, ni tu hijo, ni tu siervo, ni tu sierva, ni el extranjero que vive contigo...”<sup>4</sup>. Sin embargo: ¿qué significa “guardar el sábado”? ¿En qué sentido hay que entender el término “trabajo”?

De hecho, en la Torá no se encuentra expresada claramente la forma de *observar* el sábado y, respecto de “trabajo”, en el texto se mencionan dos actividades: encender fuego y partir leña<sup>5</sup>. Empero, el judío ortodoxo no realiza ningún tipo de trabajo en *Shabbat*. Quien quiera saber de qué modo se debe “guardar” u “observar” el sábado y qué trabajos no están permitidos debe necesariamente recurrir al *Talmud*.

No es de extrañar entonces que, a través de los siglos, haya existido en el Judaísmo un proceso interpretativo basado, en su origen, en la transmisión oral, realizada de generación en generación. La compilación de esta “sabiduría” se conoce con el nombre de Ley o Torá oral (*Torá shebealpe*) y su desarrollo parte –de acuerdo con la tradición– desde el momento mismo de la entrega o revelación de la Torá escrita (*Torá shebijtav*).

El primer Código de Ley oral estructurado se conoce con el nombre de *Mishná*<sup>6</sup>, texto que sirvió de base para posteriores discusiones y precisiones y para sentar jurisprudencia. Pero la labor exegética no se detuvo allí y después de compilada la *Mishná* se compendia o codifica el texto conocido como *Guemará*<sup>7</sup>. La unión de ambos dio como resultado el *Talmud*<sup>8</sup>.

El proceso de unificación se realizó paralelamente en Israel y en Babilonia, razón por la cual existen dos versiones del *Talmud*: el Jerosolimitano y el Babilónico. Éstos, junto con la Torá, forman la gran base sobre la cual se desarrolló la *Halajá*<sup>9</sup> (el Derecho, Ley o Jurisprudencia judía).

El *Talmud* posee un sistema de interpretación y una lógica no asequible al lector común. Para entenderlo es necesario un largo proceso de estudio y mucho conocimiento. Por esa razón, a partir del siglo X d.C. se procedió a la codificación de las leyes de acuerdo con un orden temático. Entre las codificaciones más conocidas y utilizadas destacan la obra de Maimónides “*Mishné Torá*”<sup>10</sup>, “*Arba’a Turim*”<sup>11</sup>, del rabino Yaacov ben Asher, y la de Yosef Caro, “*Shulján Aruj*”<sup>12</sup>, obra complementada tiempo después por el rabí Moshé Isserles.

No obstante, como la *Halajá* debe dar respuesta a las interrogantes y dilemas que se presentan en el tiempo, el proceso de exégesis no se ha detenido: sigue vigente, tomando en cuenta la jurisprudencia sentada en el correr de las épocas y los códigos mencionados, fruto de la sistematización del *Talmud*. Hay que agregar –con posterioridad– la literatura de *Responsa* (*Sheelot*

1 Etimológicamente, el término “Torá” deriva de la raíz hebrea *yrbh*, enseñar, y sobre la base de esta enseñanza se ha moldeado el “modo de ser judaico”, enmarcado dentro de la observancia de los preceptos (*mitzvot*).

2 Se refiere a los cinco primeros libros de la Biblia, conocidos como Pentateuco.

3 La *Torá shebealpe* corresponde al *Talmud*.

4 Deuteronomio 5, 12 y ss.

5 Éxodo 35,3.

6 De la raíz hebrea *shaná*, repetir. La *Mishná* es la repetición de la “enseñanza” y en seis tratados o secciones compila un *corpus* de leyes transmitidas a través de la tradición oral. Data del siglo II y es obra de Yehudá HaNasi.

7 De la raíz hebrea *gmar*, que significa “concluir, terminar”, en el sentido de “completar”, que es lo que justamente hace la *Guemará*, considerada como el comentario de la *Mishná*.

8 De la raíz hebrea *limed*, enseñar. Es importante destacar que lo expresado acá es una simplificación de lo que ha sido la composición del *Talmud*, que es mucho más larga y complicada.

9 Del término hebreo *holej*, caminar, transitar. La *Halajá* es pues el sendero señalado por la tradición, por el cual debe transitar todo judío.

10 *Mishné Torá* es el nombre de una de las obras de Rambam (Maimónides), conocida también como “Leyes de los Fundamentos de la Torá” (*Hiljot ieselé haTorá*).

11 *Arba’a Turim*, literalmente “Los cuatro pilares”, es uno de los primeros códigos de jurisprudencia judía.

12 El *Shulján Aruj* es mucho más que un compendio de leyes, como su nombre lo indica. Significa literalmente “la mesa puesta” y constituye un manual prolijamente ordenado por temas que permite al judío saber qué es lo que corresponde hacer en el momento y lugar adecuados.

*Utshuvot*)<sup>13</sup>, que contiene las respuestas dadas por sabios prestigiados a consultas acerca de la casuística legal. Los códigos y la literatura de *Responsa* devienen en parte esencial de la legislación judía y son estas últimas las que facilitan la aplicación de la *Halajá*.

Otro punto importante es que, siendo tan amplias las fuentes y no existiendo un cuerpo legislativo único al interior del Judaísmo –como en la antigüedad lo constituyó el *Sanhedrin*–<sup>14</sup>, no encontraremos “la respuesta” del Judaísmo a determinados problemas. Existen situaciones como la muerte asistida (eutanasia), la clonación, los trasplantes de órganos, la concepción *in vitro* y la manipulación genética, entre otros, para las cuales no se encuentra una jurisprudencia rabínica (talmúdica). Es un desafío planteado a la *Halajá* y a los rabinos especializados en legislación judía (*poskim*), quienes deben analizar cada caso en su individualidad, tomando en cuenta factores positivos y negativos, y que, para encontrar respuestas, escudriñan las fuentes en busca de analogías<sup>15</sup>.

Lo anterior hace que no haya una respuesta única a un mismo problema. Hay ocasiones en que varios rabinos coincidirán y otras en las que diferirán en sus posturas.

La información que se entrega en este artículo está basada en lecturas de las fuentes judías, a la luz de la interpretación realizada por diversos expertos; por lo tanto, veremos reflejadas aquí distintas opiniones.

13 *Sheelot utshuvot*, literalmente “preguntas y respuestas”.

14 *Sanhedrin* corresponde a la asamblea de hombres notables (sabios) que había en cada una de las ciudades de Israel en la antigüedad. Existía también el *Gran Sanhedrin*, equivalente al Tribunal o Corte Suprema, con asiento en la ciudad de Jerusalén y presidida por el Gran Sacerdote (*Kohen Gadol*).

15 Recuerdo que, formando parte del grupo de Ética y Religión de la Vicerrectoría Académica de la Universidad de Chile, aprovechando uno de los viajes a Israel pedí una reunión con el Dr. Or, en ese entonces Director del Departamento de Trasplante de Médula Ósea del Hospital Hadassah, en Jerusalén, porque estaba interesada en saber de qué modo se congeniaba el tema de los trasplantes con la *Halajá*, dado que era algo total y absolutamente actual y no considerado en las fuentes. Debido a sus urgentes actividades médicas, finalmente todo se transformó en una “conversación de pasillo”. En esos minutos me explicó que cuando una madre no tiene leche para amamantar a su hijo recién nacido se busca una nodriza para que lo haga (hay algunas situaciones mencionadas en el *Tanaj*, Antiguo Testamento). Del mismo modo como la leche es indispensable para la vida del bebé lo es la médula ósea para cualquier ser humano. En este caso, la médula sería a la persona lo que la leche al infante.

## La bioética y el Judaísmo

No es de extrañar que la mayoría de las personas vean al Judaísmo sólo como una religión más y piensen, equivocadamente, como ocurrió hace siglos con la Iglesia Católica Apostólica Romana, que también en el Judaísmo “ciencia y religión” no “van de la mano”. Pero eso no es así, ya que en el Judaísmo, desde antiguo, el conocimiento científico fue visto como una ayuda en la aplicación de ciertas normas de la *Halajá* (jurisprudencia judía).

Por ejemplo:

- El *Yom Kippur* (día del perdón) es un día de ayuno riguroso y obligatorio. La ciencia médica puede determinar si un enfermo debe comer o no durante este día, como asimismo puede también resolver problemas de vida o muerte en relación con el parto o los trasplantes de órganos.
- El conocimiento de la astronomía hizo posible realizar los cálculos necesarios para determinar los años bisiestos y fijar el calendario judío con las fechas correctas para la celebración de las festividades.

Como estos, son muchos los ejemplos que pueden mencionarse para revelar la importante relación entre ciencia y religión en la fijación de dictámenes *halájicos*.

Es menester percibir a la ciencia como aquella actividad que entrega al hombre conocimiento y herramientas tecnológicas para hacer de su vida algo mejor y a la *Torá* como la que proporciona las pautas éticas acerca de cómo deben ser utilizadas dichas herramientas. Así pues, ciencia y *Torá* deben ir juntas. En el Judaísmo, el conocimiento por el conocimiento y la experimentación sólo por alcanzar mayor conocimiento no son aceptables si no van acompañados de un comportamiento ético que implique hacerse responsable de acciones y descubrimientos, y que estos vayan encaminados a mejorar la vida del hombre<sup>16</sup>.

**“Observaréis mis estatutos y mis ordenanzas destinadas a hacer vivir al hombre”<sup>17</sup>**

En este sentido, la ciencia médica, destinada a mejorar la calidad de vida de los seres humanos y a curar –en la medida de sus posibilidades– las enfermedades que

16 Esta es una de las primeras enseñanzas que podemos inferir o deducir de la *Torá*. Cfr. Génesis 2,3.

17 Levítico 18,5.

éstos puedan padecer, es una ciencia que conlleva el comportamiento ético de aquellos hombres que la practican. Numerosos problemas relacionados con el inicio y el fin de la vida están bajo la supervisión de los comités de ética, los cuales cuentan entre sus miembros no sólo a médicos, sino también a expertos en asuntos religiosos (en nuestro caso, en *Halajá*) que deben lidiar con todo lo que la medicina y la relación médico-paciente implica desde una perspectiva ética. Además, procurar que no se lesione lo que la perspectiva religiosa señala y que determina lo que puede o no hacerse desde el punto de vista de la *Halajá*. Habrá oportunidades en que los dictámenes *halájicos* podrán no concordar con ciertas prácticas médicas.

Si uno busca en el *Talmud*, también es posible encontrar tratamientos y medicinas que se prescriben en ciertos casos, pero que no se pueden usar en los pacientes, porque muchas veces no es posible identificar correctamente las dosis exactas ni las instrucciones para administrarlas(1). Lo correcto, entonces, es la utilización de los métodos modernos en beneficio del paciente.

En este punto, resulta importante destacar la gran responsabilidad que recae en los hombros del médico, quien está obligado –aun cuando el paciente no lo admita– a realizar todo lo posible con el fin de que este continúe con vida, porque no hacerlo es equivale a “derramar sangre”(2).

Como señalamos, los considerables avances de la ciencia y la tecnología médica parecieran poner en jaque a la *Halajá*, que debe plantearse importantes preguntas, como por ejemplo: ¿en qué momento puede considerarse muerta una persona? La fuente básica de consulta la constituye la Torá y el *Talmud*. El texto bíblico es explícito: una persona muere cuando deja de respirar. De ser así, los trasplantes no serían viables, dado que el órgano a trasplantar se dañaría. Entonces, ¿qué hacer? En estos casos los médicos utilizan el criterio de “muerte clínica”, esto es, cuando cesa la actividad cerebral, pero en esos casos el sujeto aún respira y su corazón late. ¿Es *halájicamente* aceptable este criterio? ¿Cuál es la respuesta de la *Halajá* ante este y otros desafíos que le presentan los nuevos métodos y descubrimientos médicos?

Hay quienes aceptan el criterio de “muerte cerebral” adoptado por el Comité de la Escuela de Medicina de

Harvard en 1968(2); otros, en cambio, lo han rechazado rotundamente<sup>18</sup>.

Insistimos en que es necesario comprender que la *Halajá* regula toda la vida judía, por lo tanto, se esperan de ella respuestas que permitan vivir de acuerdo con los preceptos en las diferentes épocas. Por eso existe la literatura de *Responsa*, la cual muestra diferentes variantes, ya que no siempre hay una respuesta única.

El Judaísmo concibe al hombre creado a imagen de Dios, por lo que la bioética judía se basa principalmente en el respeto al ser humano, “tanto durante esta breve vida como en la eterna”(3). Por eso no es de extrañar que toda la normativa judaica esté dirigida a que el hombre *viva* de acuerdo con ella y no para *morir* por ella. Entonces, cualquier precepto puede suspenderse cuando entra en conflicto con los intereses de la vida humana(1:145).

Puesto que en el Judaísmo el valor de la vida humana está más allá de toda consideración, existe una oposición incondicional hacia la eutanasia como también hacia el aborto. Aún más, el médico está obligado a hacer lo posible para velar por la salud del paciente, incluso a pesar del enfermo, ya que no proporcionar tratamiento médico adecuado es equivalente, como ya dijimos, a “derramar sangre”.

Se entiende que debe hacerlo “incluso a pesar del enfermo”, porque existe la prohibición de entregar voluntariamente la vida. Eso indica que, de acuerdo con la ley judía, no se necesita el consentimiento del paciente para efectuar una operación de urgencia. Es más, el médico debe incluso correr el riesgo de ser demandado por el eventual incumplimiento de su deber(4). Por otro lado, cualquier error de juicio por parte del facultativo le expone a convertirse inadvertidamente en homicida, lo que implica la enorme responsabilidad al escoger un tratamiento o acción a aplicar(1:146)<sup>19</sup>.

La única forma de asegurar que ello no ocurra es teniendo cuidado de aplicar lo que se considera un “procedimiento pertinente”. De acuerdo con el *Rambam*<sup>20</sup>, este

18 Jacob cita entre los que “rechazan vigorosamente” este concepto a David Bleich (Hapardes, Tevet 5737) y Jacob Levy (Hadarom, Nisan 5731, Tishri 5730, Noam, 5.30).

19 Sin embargo, en Abraham S. *The Comprehensive Guide to Medical Halachah* (1996) puede leerse lo siguiente: “si el paciente muere como resultado del genuino error del médico, él no es considerado culpable” (pág. 146).

20 Rabi Moshé ben Maimon, más conocido como Maimónides, médico, teólogo y filósofo que vivió en el siglo XII y fue una autoridad en materia de *Halajá*.

procedimiento es aquel que ha demostrado su eficacia y que procede como deducción de las teorías físicas generalmente aceptadas. De modo que incluso a un paciente que sufre de una enfermedad fatal puede administrársele un tratamiento que si falla puede producirle la muerte, pero si es exitoso puede prolongarle la vida.

En la actualidad, los médicos se ven sometidos a procesos y demandas por las denominadas “malas prácticas”. No resultaría extraño entonces que un galeno pudiera negarse a aplicar un tratamiento riesgoso; sin embargo, acorde con lo que señalan algunos autores, ello no podría ocurrir en el ámbito judaico, por el principio establecido por la legislación judía que establece que: “La Torá ha concedido permiso al médico autorizado para sanar, y se trata de un mandamiento incluido en el que ordena salvar la vida. Aquel que se rehúse a sanar está derramando sangre, incluso si hay otros médicos disponibles”(4:466). Lo anterior se basa en lo estipulado en el texto de Levítico: “no te quedarás impasible ante la sangre de tu prójimo”<sup>21</sup>.

Si seguimos el raciocinio de Jacobovitz, cuando se refiere a los diez principios básicos que deben regular los experimentos médicos en seres humanos, debería autorizarse toda posibilidad de salvar una vida, aun cuando no se tenga certeza de su preservación. Por eso, en casos desesperados, podrían aplicarse también tratamientos o medicaciones experimentales(4:459-460). Incluso estaría permitido tomar medidas que conlleven un riesgo inmediato a condición de evitar una muerte inminente, y también administrar tratamientos de valor dudoso o experimental si no se conocen métodos más seguros o no se dispone de ellos(4:460).

Algunos pacientes son conectados a máquinas que le permiten mantener algunas funciones del cuerpo. Ello conlleva un problema cuando se discute la posibilidad de desconexión del enfermo de las máquinas de las que depende.

En una entrevista realizada por David B. Green al rabino Dr. Mordejai Halperin, para el periódico *The Jerusalem Report* <sup>22</sup>, el rabino señaló que hay tres condiciones importantes que según la Ley Judía se deben cumplir para retirar el apoyo a un paciente: “Primeramente, el paciente debe sufrir una enfermedad terminal, lo que se define como que él o ella morirán

dentro de seis meses, más allá de lo cual es imposible hacer predicciones confiables; en segundo lugar, el individuo debe estar sufriendo terriblemente y, tercero, sabemos –porque el paciente lo ha dicho así– o estamos en posición de suponer que el paciente no desea que se le prolongue su vida. Si cualquiera de estas condiciones está ausente, entonces no se nos permite retirar la ayuda médica”.

El periodista pregunta, a su vez: “Cuando usted dice ‘ayuda médica’, ¿qué incluye esto?” Halperin responde: “Le diré qué es lo que no se puede retirar bajo ninguna circunstancia según la Ley Judía. El paciente no puede ser privado de oxígeno, eso constituiría sofocación; el paciente no puede ser desconectado de ninguna inyección intravenosa, eso sería lo mismo que privarlo de agua, y no podemos dejar de alimentarlo, porque eso equivale a dejarlo morir de hambre”. Así pues, de no mediar estas condiciones, el acto de desconexión equivaldría a asesinato o, en el mejor de los casos, a suicidio asistido. Ninguno de los dos está permitido por la *Halajá*. Puede ocurrir sí que una persona gravemente enferma cometa suicidio, lo cual sigue sin ser aceptado *halájicamente*, pero –dice Halperin– “es un acto que puede ser comprendido, aun cuando no es aceptable”, y lo dice porque, en nuestros días, el manejo del dolor es algo total y absolutamente controlable con aplicaciones de morfina, por lo que una actitud tal no es concebible sino en un momento de total desesperación.

Entonces, una persona enferma que ha sido “conectada” a determinadas máquinas para mantenerla con vida no puede ser desconectada porque ese acto equivaldría a asesinato. Pero, si ella lo pide, puede no ser conectada a algún tipo de máquina que le prolongue artificialmente la vida, salvo aquellas que ya han sido mencionadas por el rabino Halperin en la entrevista mencionada.

***“Quien destruye una vida, es como si destruyera todo un mundo y quien salva una vida, es como si hubiera salvado un mundo entero”***<sup>23</sup>

Se deduce con claridad que la eutanasia, sea esta pasiva o activa, es un acto que el médico judío debe evitar completamente, puesto que sólo Dios puede dictaminar cuándo una vida debe terminar.

Otro asunto importante, desde la perspectiva bioética, dice relación con los trasplantes de órganos, ya que

21 Levítico 19,16.

22 Artículo publicado en Chile en *La Palabra Israelita* del 15 de abril de 2005. Traducción de Eva Chechelnitzky.

23 Talmud, Sanedrín 37<sup>a</sup>.

extraer de una persona viva el corazón o cualquier otro órgano vital es considerado asesinato(5)<sup>24</sup>. Las preguntas que se plantean en este caso son variadas: ¿qué es la muerte? ¿Quién debería definirla? ¿Cuándo puede considerarse muerta una persona?

Se considera muerta a una persona cuando hay suspensión completa de las funciones biológicas y el cuerpo no puede ya ser restaurado a su funcionamiento como organismo, aunque se perciban espasmos musculares en las extremidades. Ello coincide con el punto de vista médico, según el cual la muerte es el cese de vida, el cese de existir, definido como un paro total de la circulación de la sangre y un cese de las funciones vitales, como respiración, pulso, etc. En el caso de trasplantes, se utiliza el criterio de “muerte cerebral” que, como hemos visto, es aceptado por algunos expertos en *Halajá* y rechazado por otros. De todos modos, hay opiniones que señalan que, incluso después de declarada la muerte cerebral, deberían realizarse exámenes complementarios para estar seguros del diagnóstico(1:188).

La donación de órganos de una persona viva a otra está permitida siempre y cuando ello no signifique un daño permanente del donante(1:187).

¿Qué sucede cuando dos personas, en iguales condiciones, requieren un trasplante de riñón y hay sólo un donante cuyo órgano cumple con las características que ambos pacientes necesitan? ¿A quién se elige? ¿Quién determina la prioridad de supervivencia y qué derecho le asiste para efectuar dicha elección?(5:467). Este problema se presenta no sólo en el ámbito judaico sino en todo código religioso y hay que saber dar respuesta a ello. En esta clase de casos los comités de ética tienen una gran responsabilidad.

**“Y los bendijo Dios, y les dijo: fructificad y multiplicaos, llenad la tierra y sojuzgadla...”<sup>25</sup>**

En la normativa bíblica, el primero de los preceptos positivos se relaciona con procreación (tener hijos), lo que indicaría que el modelo deseable es el de procrea-

dores y progenie, en otras palabras, el modelo deseable es la familia.

Cuando una pareja no puede procrear, la ciencia médica provee diversos métodos que permiten la concreción del anhelo de tener hijos. ¿Cuál es la posición de la *Halajá*? Veamos a continuación algunas de las posibilidades que se le presentan a una pareja.

### **Inseminación artificial**

La inseminación artificial presenta complicaciones desde el punto de vista de la *Halajá* cuando el donante no es el marido. La recomendación es que este proceso sea usado sólo después de que la pareja intente tener hijos durante un período de dos a cinco años por lo menos, incluso mediante otras opciones de fertilización, pues lo óptimo y esperable es que el donante sea el marido y que el semen utilizado sea el emanado después de realizada la *mikve*<sup>26</sup>. Un problema adicional se presenta con el semen no utilizado, ya que hay prohibición de derramar el semen en vano, pero en este caso puntual, dado los fines que persigue, se considera al semen restante del mismo modo que cuando se ha llevado a cabo un intercurso sexual entre la pareja.

### **Fertilización in vitro**

Es aceptada en los casos en que el marido produce muy pocos espermatozoides para poder embarazar a su mujer, o que la mujer presente una obstrucción de las trompas y no pueda pasar libremente el óvulo del ovario al útero. Las autoridades rabínicas aprobaron la fertilización *in vitro* del óvulo de la mujer con el espermato del marido y el subsecuente reimplante del óvulo fertilizado o el pequeño embrión en la matriz de la misma mujer. No se permite la utilización ni del semen ni del óvulo de otras personas.

Pudiera suceder también que en este proceso de implantación de varios embriones se produzca una preñez múltiple. En casos especiales, estaría permitido que uno de los fetos fuera abortado con el fin de que los otros pudieran desarrollarse normalmente(1:222).

24 En la página 467 del mismo artículo, en relación con ‘las prioridades’, señala que esta pregunta, presentada de ese modo, tiene un aspecto diferente y encuentra muchos precedentes. “En términos generales, la *Mishná* dictamina que la erudición en la Torá y los hechos meritorios le conceden prioridad a uno, puesto que sirven a las necesidades fundamentales de la sociedad”. Esa es una opinión, ciertamente puede haber otras.

25 Génesis 1, 28.

26 Baño ritual de inmersión con propósito de purificación. A él también debe recurrir toda mujer después de concluido su período menstrual y durante el tiempo que este dura no debe haber contacto sexual entre la pareja. Está relacionado con el precepto de *Taharat ha-mishpajá* (pureza familiar), que se logra cumpliendo con las leyes de la *nidá* (período de separación) y la *Mikve* (baño ritual).

## Contracepción

Pudiera suceder que el embarazo produzca riesgo de muerte en una mujer y médicamente sea necesaria la contracepción. Existe la posibilidad de que, analizada esa situación particular de la persona, le sea permitido el uso de un anticonceptivo oral, caso en el cual deberá someterse a sí misma a constantes revisiones. Los métodos de contracepción también presentan problemas de índole *halájica* que deben ser resueltos por expertos en el tema(1:220).

## El aborto

Existen al respecto criterios que emanan de la Torá y el *Talmud*, y la decisión de concretarlo se estudia también caso a caso. Se parte del supuesto que el feto depende para su subsistencia totalmente de su madre y, si su existencia pone en peligro la vida de ella(6)<sup>27</sup>, estaría permitido entonces el aborto terapéutico en cualquiera etapa del embarazo. Sin embargo, una vez que el bebé ha asomado su cabeza o parte de su cuerpo, su vida se considera de igual valor que la de la madre y no se puede atentar contra ella.

¿Qué ocurre cuando existe la posibilidad de que el bebé pueda nacer deforme o provoque “disturbios emocionales y psicológicos serios para la madre”?

En el primero de los casos, Eisenberg señala que la mayoría de los *poskim* prohíben el aborto en caso de “malformaciones o anomalías encontradas en el feto. El rabino Moshé Feinstein, uno de los más importantes *poskim* del siglo pasado, dictamina que incluso la amniocentesis está prohibida si se realiza para evaluar únicamente los defectos de nacimiento para que los padres puedan solicitar un aborto”(6). Sin embargo, si el examen es con otra finalidad médica no hay obstáculo para realizarlo.

En casos debidamente justificados, se prevén también razones psiquiátricas para efectuar un aborto. Sin embargo, este punto es bastante discutido. Por una parte, se conocen episodios en que el embarazo puede producir depresión pre o postparto, y volver irritable a la madre hasta el punto de cometer alguna locura. Por otra, en nuestros días la depresión es una enfermedad

absolutamente tratable, por lo que no justificaría una acción como esta.

Es posible, en casos muy especiales y certificados, encontrar normas que permitan el aborto antes de los 40 días de gestación y hasta un máximo de tres meses. Pero es necesario establecer con claridad que el aborto por conveniencia, economía u otra razón está prohibido desde la concepción en la ley judaica.

## La clonación

Pese a lo promisorio que podrían ser sus resultados, presenta graves problemas éticos. Cada persona es producto de la combinación genética entre el óvulo y el espermatozoide; el resultado de dicha unión que ha llegado a término es un ser humano en el que se ha “recombinado” el aporte genético de ambos padres, por lo que, aun teniendo la misma materia, es diferente de sus progenitores. Ninguna persona es igual a otra(7).

En la clonación, en cambio, se busca la creación de réplicas del material clonado y en este proceso no hay ni interacción de los sexos ni recombinación genética. La clonación presenta claros problemas éticos por la manipulación genética que conlleva. No cabe duda de que podría no sólo mejorar la vida del ser humano, sino también alargar su vida y facilitar los trasplantes; pero, por otra parte, existe siempre el riesgo de una manipulación inescrupulosa.

***“He aquí yo pongo hoy delante de vosotros la bendición y la maldición: la bendición, si oyereis los mandamientos de Jehová vuestro Dios, que yo os prescribo hoy, y la maldición, si no oyereis los mandamientos de Jehová vuestro Dios, y os apartareis del camino que yo os ordeno hoy...”***<sup>28</sup>

El versículo que precede puede resumirse como “he aquí que delante de ti pongo la vida y la muerte, escoge la vida”. Escoger la vida significa escoger los caminos señalados por la Torá a través del cumplimiento de

27 En este caso, Heisenberg señala que el feto se “considera equivalente a un *rodef*, un perseguidor, “que va tras la madre con la intención de matarla”. Para su afirmación se basa en Maimónides, *Mishne Torá*, Leyes de Asesinato 1:9; Talmud Sanedrín 72b.

28 Deuteronomio 11, 26-28\*. En la versión de la Biblia de Reyna y Valera (1960) se habla de Jehová. El texto masorético hebreo no reconoce ese nombre y se usa el Tetragrammaton YHVH (*Yod, Hei, Vav, Hei*), el nombre inefable de Dios que, cuando aparece en el texto masorético, se lee *Elokim, HaShem* o *Adonai*.

sus preceptos, los que –explicados por los sabios del Judaísmo– han dado origen a la *Halajá*.

## A modo de conclusión

Ciertamente, cada uno de los temas someramente aquí abordados merecen una exposición más amplia e, incluso, hay otros que no han sido incluidos para los cuales también pueden encontrarse posiciones rabínicas basadas en la *Halajá*.

Puede decirse que, efectivamente, la *Halajá* se ha visto impactada por problemas que la desafían y, seguramente, muchos otros vendrán en las décadas siguientes. Como toda normativa de vida, la *Halajá* deberá estar en condiciones de dar respuestas a cada uno de ellos.

Los autores consultados señalan que ante cualquier duda de tipo *halájico* debe necesariamente recurrirse a un rabino que conozca y se encuentre especializado en el tema, porque –como señalamos– es quien estará

autorizado para emitir un juicio o fallo rabínico que no entre en contradicción con la *Halajá*.

No veo que los conflictos sean insolubles, pero sí que dan origen a respuestas que no necesariamente son idénticas.

Finalizo citando los dos últimos párrafos de una entrevista realizada por el periodista Jorge Rouillon(8) a los rabinos Yeshaiah Rubinstei y Yoseph Bitton:

“En esta relación entre fe y ciencia hay muchas paradojas no resueltas, muchas dudas por investigar. La verdad revelada está en el pasado, mientras que la verdad científica está en el futuro”, expresó Rubinstein.

Bitton, remitiéndose a una cita de la revista del *New York Times*, apuntó a una entrañable ligazón: “El científico escala la montaña de la sabiduría científica y en la cima se encuentra con el teólogo, que lo estaba esperando allí desde hace muchos años”.

## Referencias

1. Abraham S. *The Comprehensive Guide to Medical Halachah*. Jerusalem-New York: Feldheim Publishers; 1996.
2. Walter J. Euthanasia. *Journal of the American Medical Ass* 1980; 205: 337.
3. Stroe M. *Un Médico Observante*. Disponible en [http://www.judaismohoy.com/article.php?article\\_id=157](http://www.judaismohoy.com/article.php?article_id=157), consultado en enero 12, 2010.
4. Jacobovitz I. Los experimentos médicos con seres humanos en la legislación judía. En: Carmell A, Domb C. (eds). *El desafío, la Torá frente a la ciencia y sus problemas*. México: Asociación Torá Vadaat, A.C.; 1977: 459-460.
5. Rabinovitch N. ¿Qué dice la *halajá* respecto a los trasplantes de órganos? En: Carmell A, Domb C. (eds). *El desafío, la Torá frente a la ciencia y sus problemas*. México: Asociación Torá Vadaat, A.C.; 1977: 464.
6. Eisenberg D. *El aborto de acuerdo a la Ley Judía*. Disponible en <http://www.aishlatino.com/a/cym/48419512.html>, consultado en enero 12, 2010.
7. Cohen D. *La clonación humana: El desafío ético del hombre moderno*. Disponible en <http://www.judaicasite.com/internal.php?nID=247>, consultado en enero 12, 2010.
8. Judaísmo y Ciencia. Entrevista al rabino Josef Bitton. *Diario La Nación*, Buenos Aires, Argentina, 20 de mayo de 1998. Disponible en <http://serjudio.com/dnoam/jbitton002.htm>, consultada en enero 12, 2010.

Recibido: 19 de febrero de 2010

Aceptado: 23 de marzo de 2010



## BIOÉTICA Y EL ISLAM

Rodrigo Karmy Bolton\*

**Resumen:** El presente artículo plantea la perspectiva del Islam respecto de la vida. No se aborda al Islam como una religión “ilustrada” y vanguardia de la historia “racional” europea ni, en su defecto, como un “atentado” a los valores liberales de la tolerancia y la democracia contemporáneas. Más bien, se lo considera en relación con la bioética, en la cual la interrogación sobre el problema de la técnica resulta fundamental. Interesa situar al Islam como una específica “antropotecnía”, esto es, como un conjunto de dispositivos que hacen posible el “devenir hombre del animal humano”. Una perspectiva “antropotécnica” significa preguntarse por los dispositivos que, en el Islam, hacen posible el gobierno de los hombres.

**Palabras clave:** vida, Islam, antropotecnía, bioética

---

### BIOETHICS AND ISLAM

**Abstract:** This article brings up Islam perspective towards life. Islam is not presented as an “illustrated” religion and vanguard of European “rational” history, nor, by defect, as an “assault” towards the contemporary liberal values of tolerance and democracy. Rather, it is considered in relation to bioethics, in which the questioning about the problem of technology is fundamental. Is it of interest to situate Islam as a specific “anthropotechnia”, that is as a gathering of forces that makes possible the “transformation of human animal into man”. An “anthropotechnia” perspective means to reflect in the forces which, in Islam, make possible human governing.

**Key words:** life, Islam, anthropotechnia, bioethics

---

### BIOÉTICA E O ISLÃ

**Resumo:** O presente artigo propõe a perspectiva do Islã a respeito da vida. Não se aborda o Islã como uma religião “ilustrada” e vanguarda da história “racional” europeia, nem, em seu defeito, como um “atentado” aos valores liberais da tolerância e a democracia contemporâneas. Melhor, ele é considerado em relação com a bioética, na qual a interrogação sobre o problema da técnica resulta fundamental. Interessa situar o Islã como uma específica “antropotecnía”, isto é, como um conjunto de dispositivos que fazem possível o “devenir homem do animal humano”. Uma perspectiva “antropotécnica” significa perguntar-se pelos dispositivos que no Islã torna possível o governo dos homens.

**Palavras-chave:** vida, Islã, antropotecnía, bioética

---

\* Doctor © en Filosofía. Centro de Estudios Árabes, Universidad de Chile, Chile  
**Correspondencia:** rkarmy@gmail.com



## Introducción

La pregunta sobre la antropotecnia supone rastrear algunas discusiones teológicas fundamentales, porque en el mundo medieval la teología estuvo lejos de ser una disciplina como cualquier otra. Al contrario, fue siempre el dispositivo que catalizó la institucionalización de los diversos modos de gobierno. A esta luz habría que leer las discusiones sobre el estatuto de la providencia, sobre la voluntad de Dios, sobre la creación, sobre el problema del “mal”, la justicia, etc. Y a su vez habrá que interrogarse por esas formas teológicas que dieron lugar y no dejan de dar lugar hoy día a la modernidad. Es decir, se trata de ver no la “causa” teológica (judía, cristiana o islámica) en la modernidad, sino cómo la propia modernidad deja entrever su propio *archéin* teológico. La providencia no es una mera “causa”, sino un origen que no deja de actuar en el presente. Piénsese solamente en el dispositivo de la confesión, cuya genealogía remite a las formas pastorales del cristianismo monástico, según los trabajos de Michel Foucault.

Es natural ceñirse al esquema prefabricado que se propone hoy, instalando al Islam en el Oriente de un determinado Occidente. De este modo, se presupone la separación previa entre Oriente y Occidente como dos entidades, sino contrapuestas, al menos diferentes entre sí. Esta separación da lugar en el periodismo actual a dos tesis inversas pero igualmente cómplices. Por un lado, la tesis del “choque de civilizaciones”, según la cual después de la caída de todo referente ideológico habrían quedado las civilizaciones desnudas que comienzan a conflictuar entre sí. Por otro, la tesis del “diálogo de civilizaciones”, según la cual es necesario aunar las diferentes civilizaciones en una misma “mesa de diálogo” para facilitar su mutua comprensión.

Con el fin de evitar situarnos en contra o a favor de este “cliché” civilizacional que impone el periodismo actual, quisiera abrir otro lugar desde el cual pensar el problema. Este lugar, este terreno común, es el monoteísmo, que se sitúa como el horizonte antropotécnico sobre el cual se levanta el judaísmo, el cristianismo y el islam, las tres religiones de raíz abrahámica.

Ahora bien, el monoteísmo se sitúa desde el principio a la luz de una paradoja. Dice Jean-Luc Nancy: “Lo enunció así: el monoteísmo es en realidad el ateísmo” (1). ¿Cómo el monoteísmo puede ser pensado como un ateísmo y, por tanto, cómo el nihilismo occidental puede ser pensado como la deriva más propia del monoteísmo?

Todo monoteísmo se caracteriza no solamente por reducir la multiplicidad de los dioses a la unidad del único Dios, sino también por el hecho de que Dios se ha retirado del mundo y ha dejado a los hombres a su haber. El monoteísmo –a diferencia del politeísmo– supone una separación ontológica entre Dios y el mundo, entre la divinidad y la humanidad. Es lo que los teólogos llaman *diástasis*, esto es, el hiato, la abertura entre Dios y el hombre. A esta luz, el monoteísmo implica, en su propia consistencia, un movimiento paradójico: por un lado, subjetiva a los hombres en la unicidad absoluta de Dios y, por otro, los abandona a su haber en el desierto que es el mundo. Dios abandona a los hombres y los insta a apropiarse del mundo. Este último es el elemento *ateológico* que lleva todo monoteísmo, del cual las tres derivas –la judía, la islámica y la cristiana– se habrían hecho cargo de modos diferentes.

Así, el monoteísmo es, en una perspectiva histórico-filosófica, el ateísmo y, por ello, la estructura de Occidente, el nudo antropotécnico desde el cual provenimos. Veamos a continuación algunas cuestiones de orden general para, desde aquí, acercarnos al problema de la vida en el Islam.

## El Islam como restitución del monoteísmo

En árabe *islam* significa “sometimiento” y *muslim* “el que se somete”. Ese sometimiento a Dios es para el Islam lo decisivo, el sometimiento a la abertura de Dios que tensiona, que abisma, que conmueve. Si se pone atención, la palabra *islam* y *muslim* comparten una misma estructura consonante. Y, como sucede en árabe, todas las palabras que comparten una estructura consonante comparten a su vez un mismo campo semántico. Así pues *islam* y *muslim* llevan consigo la raíz consonante *slm*, de la cual se compone la palabra de raíz hebrea *salam* que significa paz. *Islam*, *muslim* y *salam* configuran una sola constelación que tiene lugar en la revelación coránica. En dicha constelación el hombre se sitúa frente a lo Abierto, frente a la invisible presencia de Dios: esa abertura ontológica que expone al hombre a lo radicalmente otro. El hombre ex-puesto, es decir, situado fuera de sí, orientado totalmente a Dios. Es eso lo que define al *muslim* y lo que designa *islam*. Sólo hay paz (*salam*) en la medida en que el *muslim* tiene una fe (*shahada*) en Dios, es decir, en la medida en que este se define por su ser totalmente expuesto.

La abertura es un elemento constitutivo del Islam. Tanto así que la primera Sura del Corán es llamada *al-fatíha*, que significa “la que abre” (2). Abre al hombre a la Pa-

labra de Dios. Esa abertura, esa *fatiha*, es pues lo que define a la revelación. Porque, desde el punto de vista del Islam, esa revelación constituye el acontecimiento originario por el cual la Palabra de Dios –que es palabra creadora– se comunica por última vez a los hombres.

Ahora bien, lo que Dios revela a los hombres es la *sharia* o ley islámica, que va a regir toda la vida de la comunidad (*umma*) musulmana. La ley viene a dar contenido al abismo de la revelación de Dios. Por ello, la invisibilidad de Dios se visibiliza en la forma de la ley islámica que Dios da a los hombres. Pero este “hacerse-visible” no tiene la forma de la encarnación cristiana, porque para los musulmanes la revelación de la *sharia* o ley islámica es, al mismo tiempo, un acto de presencia y de ausencia de Dios. Este, manteniéndose en una trascendencia absoluta, jamás entra en la Historia de los hombres, ya que nunca se convierte en la Historia misma de los hombres. Para el Islam, de hecho, esta no existe como un proceso universal que avanza en una línea determinada, porque la Historia, tal como aparece en las filosofías de la historia decimonónicas, no es otra cosa que la figura secularizada de la encarnación de Dios en la tierra. Para el Islam, en cambio, la Historia es la historia de la revelación que va desde Adán hasta Mahoma o, inclusive, como en el caso de los shiítas, más allá, inaugurando diferentes ciclos proféticos. La revelación islámica tiene lugar sólo donde Dios se retira de aquello que él mismo ha revelado, sólo donde Dios mantiene su trascendencia absoluta respecto del mundo.

Para el Islam la revelación no acontece, como en el cristianismo, en la forma de un Hijo de Dios (un encarnado), sino en la forma de un enviado (*rasul*). Para el Islam existen Profetas (*nabi*) y Enviados (*rasul*). Los primeros exhortan y advierten (responden a la figura veterotestamentaria de los profetas); los segundos, en cambio, no sólo exhortan y advierten, sino que además constituyen un escrito en el cual consignan las revelaciones divinas(3). En este último caso, Abraham, Moisés y Jesucristo constituyen los tres grandes Enviados, a los cuales se agrega un cuarto, que es Mahoma.

La operación teológica del Islam no hace otra cosa que “reescribir” la historia de la revelación, retornando a Abraham antes que a Moisés o a Jesús. ¿Por qué? Porque el centro de la polémica lo constituye la fisura producida en el seno del monoteísmo entre judíos y cristianos. Recuerdese que, desde un punto de vista histórico, previo al surgimiento del Islam comunidades judeocristianas habitaban en la península arábiga, las cuales, si bien reco-

nocían a Jesús, no lo asumían como Hijo de Dios(4). Asimismo, desde los primeros concilios de la Iglesia cristiana se produce un frecuente exilio de los docetas, los arrianos y otros, quienes, acusados de subsumir la figura del Hijo en la del Padre, llegaron bajo el cargo de “herejía”. Por ello, la polémica del Islam se dirige contra judíos y cristianos, pero no porque estos sean “infeles”, sino porque, siendo de la misma raíz abrahámica, han errado el camino: los primeros porque no reconocieron a Jesús como profeta y los segundos porque derivaron en una teología trinitaria, perdiendo así la unicidad de *Alláh*.

El Corán dice sobre los judíos: “Dimos a Moisés la Escritura y mandamos Enviados después de él. Dimos a Jesús, hijo de María, las pruebas claras y le fortalecimos con el Espíritu Santo. ¿Es que teníais que mostraros altivos siempre que venía a vosotros un Enviado con algo que no deseabais? A unos les desmentiste, a otros les disteis muerte” (S, 2, 87). El Corán condena a los judíos por la incredulidad que estos mostraron respecto de los Enviados de Dios, ya sea con Moisés (que desmintieron) o Jesús (que le condenaron a muerte).

Y contra los cristianos se lee: “¡Gente de la escritura! No exageréis en vuestra religión! ¡No digáis de Dios sino la verdad: que el Ungido, Jesús, hijo de María, es solamente el Enviado de Dios y su Palabra, que El ha comunicado a María, y un espíritu que procede de Él! ¡Creed, pues, en Dios y en sus enviados! ¡No digáis Tres! ¡Basta ya, será mejor para vosotros! Dios es sólo un Dios Uno. ¡Gloria a Él! (...) Tener un hijo (...) Suyo es lo que está en los cielos y en la Tierra (...) ¡Dios basta como protector!” (S, 4, 171).

Es decir, para el Corán la deriva trinitaria del cristianismo aleja a los hombres de la unicidad de Dios, que sitúa a Jesús como un Enviado más para convertirlo en el Hijo de Dios, es decir, para situarlo como el Verbo encarnado. Pero esto no significa que para el Corán judíos y cristianos tengan el estatuto de “infeles”, sino que ambos, por el solo hecho de creer en Dios y pertenecer por tanto al linaje abrahámico, pueden entrar en el jardín del Edén. Es por ello que ni los judíos ni los cristianos son tratados como los “asociadores” ni como los incrédulos en general.

De ahí la operación coránica de volver a la figura de Abraham para situarlo como un *hanif*, es decir, como aquel que, no siendo ni judío ni cristiano, es sometido a Dios: “Dicen: Si sois judíos o cristianos, estáis en la vía recta”. Di: “No, antes bien la religión de Abraham, que fue hanif y no asociador / Decid: “Creemos en

Dios y en lo que se nos ha revelado, en lo que reveló a Abraham, Ismael, Isaac, Jacob y las tribus, en lo que Moisés, Jesús y los profetas recibieron de su Señor. No hacemos distinción entre ninguno de ellos y nos sometemos a Él” (S, 2, 135-136).

Estas dos *aleyas* de la Sura 2 muestran muy bien la operación que pretende realizar el Islam, a saber, unificar la fractura del monoteísmo y situarse como la conciliación de ambos movimientos. Por ello el Corán no deja de recordar: “¡Dios! No hay más dios que Él, el Viviente, el Subsistente / Él te ha revelado la Escritura con la Verdad, en confirmación con los mensajes anteriores. Él ha revelado la Torá y el Evangelio (...) No hay más Dios que Él, el Poderoso el Sabio” (S, 3, 2-3-6). La frase que se repite insistentemente –“no hay más Dios que Él”– es la frase que restituye al monoteísmo de su fractura. Un mismo Dios ha revelado la Torá, el Evangelio y el Corán, lo que tiene su equivalente en las figuras de Moisés, Jesús y Mahoma. Este último, siendo la “confirmación de los mensajes anteriores”, se presenta como la restitución del monoteísmo, suturando –o al menos intentando suturar– la fractura entre judíos y cristianos.

Es importante considerar que la revelación de la Palabra de Dios –porque el Corán es sólo Palabra de Dios, no Palabra humana como en el cristianismo– se constituye como lo que en nuestro tiempo llamamos un “doble vínculo”. Porque la revelación, en cuanto acontecimiento, tiene dos caras. Por un lado, tiene una dimensión exotérica (*zahir*), es decir, “manifiesta” o “aparente”, si se quiere, que define a la ley (*sharia*) que se presenta ante los ojos de los hombres. Por otro, una dimensión esotérica (*batin*), “oculta”, “misteriosa”, que define a la abertura infinita que Dios representa para los hombres. La dimensión exotérica trae a presencia ciertas cosas, por ejemplo la ley (*sharia*); la esotérica, en cambio, enfatiza no en la ley sino en la verdad (*haqiqat*).

Este doble vínculo que estructura a la revelación tendrá consecuencias decisivas en el devenir del propio Islam, del cual se desprenderán al menos dos vías que, por cierto, no serán las únicas y que surgen en los primeros tiempos del Islam, a partir de la disputa por la sucesión de Mahoma entre Abu Bakr (que sería el primer *halifa* o “sucesor” del profeta) y Alí (hijo de Fátima y nieto de Mahoma). En primer lugar, surge el Islam sunnita (ortodoxo), a partir del apoyo al primero, y, en segundo, el Islam shiíta, que sigue a Alí (de ahí su nombre “shiítas” que significa “seguidores” o “partisanos”). El común acuerdo entre ambos es que Mahoma constituye el “sello de los

profetas”, a través del cual se ha revelado la ley (*sharia*). Sin embargo, si para los sunnitas todo el ciclo profético termina en Mahoma, con la consecuencia de que la fe se identifica al cumplimiento de la ley(5), para los shiítas, en cambio, Mahoma constituye la última revelación de carácter exotérico, pero el inicio al ciclo esotérico de la profecía: el personaje decisivo ya no es el profeta, como para los sunnís, sino el Imam (guía espiritual).

De esta manera, para los shiítas la fe no se identifica con la ley, sino con la dimensión esotérica que espera al último Imam, el *Mahdi*. Esto es importante porque, si el efecto de identificar la fe con la ley es la legitimación de toda autoridad y la institucionalización del Islam sunnita como una “religión de Estado”, entonces el Islam shiíta no clausuró toda la historia de la revelación profética de Mahoma, sino que, con ella, reinició un nuevo ciclo profético que asume un elemento mesiánico decisivo, a saber, la espera del último Imam.

Según Henry Corbin, los elementos gnósticos y mesiánicos presentes en el cristianismo primitivo y que una vez instituida la Iglesia fueron reprimidos vuelven a aparecer en el seno del Islam y, en particular, en el Islam shiíta, que instituye una ética de la resurrección a través de la *gnosis* (conocimiento salvífico de las almas, denominado “*ta’wil*”). Lejos de restituir el monoteísmo entre el judaísmo y el cristianismo, el devenir del Islam no hizo sino profundizar en su fractura, extendiendo el éxodo de los hombres: por un lado, en el Islam sunnita que se centra en la ley y, por otro, en el Islam shiíta que se centra en lo *por venir* (la figura del último Imam), hasta el punto de poder abrogar la ley(6).

Si bien el Islam prometió la restitución del proyecto antropotécnico monoteísta, nunca lo pudo cumplir del todo, pues este proyecto encuentra en la forma del Islam una nueva y más profunda fractura que correrá en paralelo con la vía que propondrá el cristianismo. Bástenos por ahora dar un panorama general del Islam, de sus polémicas externas (judaísmo y cristianismo) y de sus polémicas internas (sunná-shiá) para, a continuación, centrarnos en el problema de la creación y la resurrección de la vida.

## Vida en el Islam

En árabe existen dos términos para designar lo que en las lenguas latinas designamos sólo con uno, a saber, la “vida”. Por un lado, *ah’ya*, que se refiere a todo el vivir, a los seres vivos, a lo fértil, lo animado, al organismo, etc.; por otro, *ash*, que designa más bien la vida en su

dimensión cualitativa, allí donde el hombre habita el mundo. En el Corán se utiliza generalmente la palabra *ah'ya*, de la cual se deriva la palabra de “resurrección” *ih'ya* o el “vivificador” como atributo decisivo de Dios (*mu'yaq*). Quizás, a modo de hipótesis, podríamos decir que la palabra “vida” utilizada en el Corán, con todas sus derivaciones, es el análogo del griego *zoé* usado en el Evangelio. Es necesario confirmar si podemos hacer esta analogía y, sobre todo, verificar si *ah'ya* es la traducción y resignificación árabe del griego *zoé*.

A esta luz, habrá que preguntar si esta vida, en tanto donación de Dios, tiene la forma de una receptividad absoluta que, por serlo, se revela como aquello que está siempre fuera-de-lugar, en la medida en que está siempre frente a lo Abierto. Es posible que ese fuera-de-lugar radical que constituye a lo viviente salga a la luz en los elementos mesiánicos del Islam shiíta, el cual, en su espera, desactiva la dimensión exotérica de la Ley, restitución del proyecto antropotécnico del monoteísmo pero, a la vez, ruptura incesante en su propio interior de ese elemento “Abierto” que el monoteísmo inaugura en la antropotecnia de los hombres.

No obstante el Islam captura a la vida humana en la forma de la Ley, esta última nunca puede suturar la totalidad del espacio de lo viviente. En esa medida, aunque el Islam se presenta como la restitución del monoteísmo, no constituye sino parte de su deriva desintegradora, cuya vía alternativa se habría desplegado paralelamente con el cristianismo.

### La teo-zoo-logía contemporánea

Es sintomático que desde la Revolución Francesa las ciencias sociales y la filosofía no hayan dejado de pensar al mismo tiempo sobre la religión y la vida. Pareciera como si el nudo que se forma entre religión y vida pudiera decirnos algo sobre nuestra proveniencia. Al menos, es lo que se puede advertir en Nietzsche y, me atrevería a decir, en toda la filosofía del siglo XX. El mismo Foucault, cuando desarrolla su genealogía de la biopolítica moderna, no puede dejar de tocar al poder pastoral cristiano.

La teo-zoo-logía —para utilizar el neologismo con el que Jacob Taubes caracterizaba a la ideología nazi— parece constituir el nudo sobre el cual gira el proyecto antropotécnico del monoteísmo (a la vez, griego-musulmán-hebreo y cristiano), ya que sólo en la modernidad de su despliegue planetario parece salir a la luz el núcleo radicalmente aporético que le constituye (lo Abierto

que estaría en el Islam). Esta situación, sin embargo, abre una vía para comenzar a pensar cómo el proyecto antropotécnico del monoteísmo pasó de la humanización de la animalidad del hombre a la animalización de la humanidad del hombre(7)<sup>1</sup>.

Así, pues, lo que Michel Foucault llamó “biopolítica”, y que designa el conjunto de mecanismos por los cuales se ha hecho posible el ingreso decisivo de la vida natural a los cálculos explícitos del poder, no sólo tendría una raíz cristiana, sino, sobre todo, pertenecería a la constelación más amplia circunscrita al proyecto antropotécnico del monoteísmo que, como hemos visto, incluye al Islam. Por ello, el nudo teo-zoo-lógico es todavía un problema que aquí solamente podemos plantear, pero que emerge cuando los diversos discursos teológicos contemporáneos —a saber, el cristiano, el judío o el musulmán— son obligados a pronunciarse acerca de determinados problemas éticos que la deriva biopolítica moderna nos plantea. Y esto conjuntamente con el movimiento por el cual las tres religiones, y en este caso el Islam, han sufrido a su vez una “biopolitización”, es decir, han debido fundamentar y prescribir teológicamente la nueva realidad biomédica.

Este proceso es extraño, porque si es cierto que el biopoder se debe a una matriz antropotécnica, sostenida en parte por el monoteísmo, entonces las derivas históricas de este —a saber, el cristianismo, el judaísmo y el Islam— se consuman en la forma de una biopolítica y, a su vez, el biopoder revela su propio *archéin* teológico, instituyendo así un círculo entre la esfera teológico-jurídica y la biomédica, recordando, por cierto, que la teología fue siempre la forma más antigua de la política. ¿Qué es la antropotecnia si no ese círculo entre teología y biología, entre Dios y los vivientes, entre la divinidad y la animalidad, que en nuestro tiempo se despliega planetariamente en la forma de un biopoder?

Por tanto, la emergencia planetaria del biopoder, con todos los nuevos problemas éticos que ha planteado a la práctica científica, ha obligado también al Islam a tomar una posición.

A continuación quisiera referirme brevemente a lo que actualmente plantean algunas *fatwas* islámicas respecto del aborto y la ingeniería genética, respectivamente. En

1 Agamben escribe: “Y no somos sólo, por emplear las palabras de Foucault, animales en cuya política está puesta en entredicho su vida de seres vivientes, sino también, a la inversa, ciudadanos en cuyo cuerpo natural está puesto en entredicho su propia vida política”.

todo caso, hay que considerar que estas opiniones varían absolutamente entre los juristas islámicos. No existe una posición oficial precisamente porque en el Islam no existe una autoridad pontificia que establezca dogmas. Sin embargo, es sabido que en el Islam se promulgan *fatwas*, es decir, dictámenes que no tienen el estatuto de Ley y cuyo objetivo es resolver algún problema práctico a los musulmanes. Una *fatwa*, entonces, no es una Ley, tampoco es el decreto de una autoridad estatal ni una sentencia, porque no es promulgada por un juez y carece de todo estatuto jurídico: recibe su autoridad sólo a partir del prestigio de quien la emite y que, en general, es un experto en derecho islámico (*Fiqh*) que la promulga a la luz de una *itihad* (un esfuerzo de interpretación del Corán). Es interesante esta figura porque no corresponde ni a la universalidad de una ley sin hechos ni a la particularidad de los hechos sin una ley, sino, más bien, se presenta como la bisagra que permite una cierta orientación islámica respecto de determinados problemas. Quiero dejar en claro entonces que estos temas –el aborto y la ingeniería genética– son *controvertidos* para el Islam, porque sobre ellos se exhiben algunas *fatwas*.

### Aborto

En la perspectiva del Islam, el aborto se define como la salida del embrión antes de que cumpla con los plazos propios de su desarrollo. En otras palabras, se define como la “salida del feto antes de cumplirse el embarazo”. Pero este aborto puede producirse antes o después de que se le insufla el espíritu al feto. Si sucede “antes” –dicen los musulmanes– el aborto está permitido. Si sucede “después”, constituye entonces un ilícito en relación con la *sharia*. Dice la Sura 17, 33: “No matéis a nadie que Dios haya prohibido, sino con justo motivo. Si se mata a alguien sin razón, damos

autoridad a su pariente próximo pero que éste no se exceda en la venganza. Se le auxiliará”.

Todo el problema reside en indicar cuándo dicho espíritu inviste al feto. Para ello, sin embargo, algunos juristas consideran un criterio teo-zoo-lógico: si el aborto se provoca antes de los 40 días de fecundación, entonces es lícito; si por el contrario se produce después de esos 40 días, es ilícito. Estos 40 días determinan biológicamente la aparición de los primeros rasgos humanos en el feto. Así, teológicamente considerado, el espíritu inviste al feto después de los 40 días, dándole características de un ser humano completo.

Es interesante que, para ciertos juristas musulmanes, el aborto es permitido antes de los 40 días, porque –dice el argumento– extraer o interrumpir el embarazo antes de los 40 días es un *coitus interruptus*, no un aborto. Y, según los juristas, el profeta habría permitido el *coitus interruptus* antes de esos 40 días.

### Ingeniería genética

En general, a la ingeniería genética se la evalúa respecto de sus fines. Por ejemplo, si esta tiene por finalidad la prevención de las enfermedades, entonces, el concilio de Fiqh del sheik Abdul Qadim Zallum (¡es increíble el proceso de cristianización que ha sufrido el Islam!) se declara favorable al respecto. Pero si la ingeniería genética produce efectos nocivos para el hombre, los animales o el medio ambiente (artículo sexto), se vuelve inmediatamente ilícita. Por ello, algunas pautas promulgadas contemplan que las empresas de alimentos deben especificar los ingredientes que usan en sus productos. Asimismo, se prohíbe la utilización de la ingeniería genética para intervenir en los genes del hombre.

### Referencias

1. Nancy J-L. *Deconstrucción del cristianismo*. Buenos Aires: La Cebra; 2006: 60.
2. Chérif M. *Tolerancia e Intolerancia en el Islam*. Barcelona: Bellaterra; 2008.
3. Khoury A-Th. *Los fundamentos del Islam*. Barcelona: Herder; 2000.
4. Taubes J. *La teología Política de Pablo*. Madrid: Trotta; 2006.
5. Khoury F. *Imames y Emires*. Barcelona: Bellaterra; 2004.
6. Corbin H. *Tiempo cíclico y gnosis ismailí*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2003.
7. Agamben G. *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos; 2003: 238.

Recibido: 26 de abril de 2010

Aceptado: 4 de mayo de 2010

# SCIENCE, RELIGION AND ETHICS: THE RELIGIOUS ETHICAL BASIS OF INDIAN SCIENCE OF MEDICINE

Sreekumar Nellickappilly\*

**Abstract:** It is often said that in Ayurveda, the Indian science of medicine, the scientific concerns are muddled up with religious and metaphysical convictions. This paper tries to show how while retaining the experiential route of science intact, *Ayurveda* shares certain important concerns with religion and philosophy in India. It affirms that this ultimately has helped *Ayurveda* successfully avoiding the problems associated with multiple ontologies—owing to a separation of science from values. This paper will examine some important religious assumptions that play vital role in the conception and practice of the science of *Ayurveda* and how such approaches contributed in developing and integrating a strong code of medical ethics into the practice of medicine. The first section of the paper will bring out the experiential route of *Ayurveda*. The second section examines the concepts of disease and health/wellbeing in *Ayurveda*, in order to bring out the ethical outlook ingrained in it. The third section will analyse some fundamental postulates of Indian ethics and attempts to show that with the Vedic conception of *Rita*—cosmic moral order—*Ayurveda* uniquely defines itself as a way of physical, mental and ethical living, which aims at a very comprehensive notion of wellbeing.

**Key words:** *Ayurveda*, science, Indian medicine, Indian ethics

---

## CIENCIA, RELIGIÓN Y ÉTICA: LOS FUNDAMENTOS ÉTICOS RELIGIOSOS DE LA CIENCIA MÉDICA INDIA

**Resumen:** Se dice a menudo que en *Ayurveda*, en la ciencia de la medicina India, se encuentran entremezcladas las preocupaciones científicas con convicciones religiosas y metafísicas. Este artículo trata de mostrar que, manteniendo intacta la ruta experimental de la ciencia, *Ayurveda* comparte ciertas preocupaciones importantes de la religión y la filosofía en la India. Afirma que esto definitivamente ha ayudado a *Ayurveda* a evitar con éxito problemas asociados con ontologías múltiples, debido a la separación de la ciencia con los valores. Examina algunos presupuestos religiosos importantes que juegan un papel vital en la concepción y práctica de la ciencia de *Ayurveda* y cómo tales aproximaciones contribuyeron a desarrollar e integrar un fuerte código de ética médica en la práctica de la medicina. La primera sección del artículo presenta la ruta experiencial de *Ayurveda*. La segunda, los conceptos de enfermedad y salud/bienestar en *Ayurveda* para extraer los aspectos éticos integrados. La tercera analiza algunos postulados fundamentales de la ética India y trata de mostrar que, con la concepción Védica de *Rita*—orden moral cósmico—, *Ayurveda* se define de forma única como un modo de vida físico, mental y ético, que apunta a una noción comprensiva del bienestar.

**Palabras clave:** *Ayurveda*, ciencia, medicina India, ética India

---

## CIÊNCIA, RELIGIÃO E ÉTICA: OS FUNDAMENTOS ÉTICOS RELIGIOSOS DA CIÊNCIA MÉDICA INDIANA

**Resumo:** Afirma-se com frequência que, na *Ayurveda*, a ciência da medicina Indiana, encontram-se mescladas as preocupações científicas com convicções religiosas e metafísicas. Este artigo objetiva mostrar que, mantendo intacto o caminho experimental da ciência, *Ayurveda* compartilha certas preocupações importantes da religião e da filosofia na Índia. Afirma que isso definitivamente tem ajudado a *Ayurveda* a evitar problemas associados com as ontologias múltiplas—separando a ciência dos valores. Examina alguns pressupostos religiosos importantes que julgam ter papel vital na concepção e prática da ciência de *Ayurveda* e, como tal, aproximações que contribuem para o desenvolvimento e a forte integração do código de ética médica na prática da medicina. A primeira parte deste artigo apresenta a rota experiencial de *Ayurveda*. A segunda, as concepções de enfermidade e saúde/bem-estar na *Ayurveda* para, então, identificar os aspectos éticos integrados. A terceira analisa alguns postulados fundamentais da ética Indiana e mostra que, com a concepção Védica de *Rita*—ordem moral cósmica—, *Ayurveda* se define de forma única como um modo de vida físico, mental e ético, apontando uma noção compreensiva de bem-estar.

**Palavras-chave:** *Ayurveda*, ciência, medicina Indiana, ética Indiana

---

\* Assistant Professor (Philosophy). Dept. of Humanities and Social Sciences, IIT Madras, India  
Correspondence: srkmenon@yahoo.com

## Introduction

*Ayurveda*, the Indian science of medicine, probably had its origin in the healing practices of the Indus-valley people of the Harappan civilization (2700-1700 B.C.E). Like many other ancient civilizations of Egypt and Mesopotamia, the healing system of this culture was also inextricably connected with the culture's religious beliefs and practices and probably even on magic(1). There are archeological evidences that indicate the prevalence of surgical practices in this pre-*Aryan* civilization(2). Later with the establishment of the *Vedic* civilization, the pre-*Aryan* practices were integrated into a more comprehensive system of medicine. Meera Roy(2) observes that, while pre-*Aryan* elements led to the development of certain medical practices in *Ayurveda*, Indo-*Aryan* medical elements facilitated the growth of certain concepts and theories. The adoption of hygienic rules and regulations as part of medical practice, application of vapour bath in medical treatment and utilization of animal and material substances in medical prescriptions are some of the instances of borrowing by *Ayurveda* from the Indus-Valley culture. According to her, the Indo-*Aryan* medical elements facilitated the growth of concepts and theories that describe the cosmo-physiological speculations about the three basic constituents of living organisms (*vata* or wind, *piitta* or bile and *kapha* or phlegm), ideas about the aetiology of diseases and belief in the association of medical treatment with god-physicians.

The *Vedas*, originally composed between 1500 BC to 600 BC, contain references to an advanced science of medicine. The *Rig Veda* and the *Atharva Veda*, the earliest and the latest among them –contain several references to this science. The *Rig-Veda* contains a prayer dedicated to the Aswinies, the twin divine physicians of Indian mythology, seeking protection from diseases, and it specifically refers to the notion of *tridadhu*(3). The concept of *dhatu* (tissue) is one among the three most important clusters of ideas in the *Ayurvedic* tradition, the doctrine of *tri-doshas* (three humours) and *mala* (waste products) being the other two(4). The ancient Indians have developed this science, incorporating their insights and knowledge about the animal kingdom, chemistry and other scientific pursuits with their peculiar mythological convictions, spiritual assumptions and religious practices(2).

Historically locating the foundations of *Ayurveda* in the (religious) healing practices of the Indus-Valley people

and in the *Vedic* scriptures suggest how religious and mythological concerns were integrated with scientific pursuits. On the one hand, the scriptures deal not only with scientific pursuits, but also with moral prescriptions, magic, ritualistic practices and many other intellectual, religious and social concerns. The word *Veda* literally means knowledge, and here it is employed in the broadest possible sense to include all the wisdom and insights of the ancient Indians concerning life and the cosmos. To separate the scientific endeavors in order to appreciate their peculiar features is a difficult task. On the other hand, all the sciences carry this *Vedic* legacy and consider several assumptions and convictions that sound religious and spiritual in nature as having an important place in their respective pursuits.

To understand *Ayurveda* as a science, we may have to appreciate three factors. First, the experiential basis of this science, which is to be found in the fundamental epistemological position adopted by *Ayurveda*, that has been developed by the Indian logicians and philosophers of science. There is a detailed analysis of the philosophical foundations of the “causal explanation” method adopted by sciences in order to acquire knowledge. Secondly, comes the theoretical presuppositions and fundamental concepts of *Ayurveda*. This can be referred to as the ontology of *Ayurveda*, as there are presuppositions about many theoretical entities and their mutual relationships. The basic cosmo-physiological assumption about the three basic constituents of living organisms, viz. *vata*, *pitta* and *kapha*, which is central to *Ayurveda*, is an example for this. Finally, the intimate and intrinsic ways in which a moral point of view is ingrained into such epistemological and ontological assumptions make *Ayurveda*, not just a science, but a way of physical, mental and spiritual living, which aims at the eradication of all kinds of sufferings including diseases. There is no epistemology which is independent of speculations about a spiritual self and moral life to be lived by the embodied self in this world. The conception of knowledge, therefore, is not confined to empirical scientific knowledge, but is extended to incorporate moral wisdom as well. The philosophy of life propagated by *Ayurveda* is complete only with a conception of life that comprehensively covers the physical, mental and the moral ways of living in a natural and social environment.

This paper attempts to bring out three things. The first section will show, how, in spite of its entanglement with



religious and moral concerns, *Ayurveda* emphasizes an experiential route that keeps its status as a science intact. The second section will examine the ways in which *Ayurveda* as a science of curing diseases understands human life and its well-being. This section will explain the fundamental ethical outlook of *Ayurveda* which suggests that it is not just a science that addresses the psycho-somatic wellbeing of the individual, but also an ethical way of living that aims at elevating the individual to the highest potentials of his being. The third section attempts to expose the four fundamental postulates of Indian ethics—the belief in the fundamentality of suffering in our corporeal existence, belief in *karma* theory, belief in an eternal soul and the conviction about the highest spiritual emancipation in life. Through *Karma* theory, *Ayurveda* reiterates what almost all Indian philosophical traditions believe, that each one of us are responsible for our present life, which is characterized with a unique mixture of sufferings and enjoyments. We enjoy or suffer by virtue of the moral force of our own actions performed in the past, both in the present and previous lives. The belief in an eternal soul reaffirms this responsibility aspect and the idea of spiritual enlightenment establishes that ultimate freedom from sufferings comes only by the attainment of spiritual emancipation.

### ***Ayurveda* as a Science**

The term *Ayurveda* is derived from the two words, *ayus* and *veda*: *ayus* means life and *Veda* means knowledge or science. The term *ayus* is derived from the root 'I', which means "to go" which indicates the continuity of existence. Hence *Ayurveda* is the science that aids continuous existence(2). As a science it deals with animal and vegetable medicines and provides a detailed account of the chemical properties and medicinal value of hundreds of species of plants. This vast knowledge is the result of persistent careful observation and systematization carried out by generations of physicians in ancient India. Even when it occasionally slips into metaphysical and religious contemplations, the sciences in India, particularly *Ayurveda*, had maintained the experiential root that defines its status as a science intact.

But as a result of its entanglement with the religious outlook, *Ayurveda* firmly subscribes to the belief that it is of divine origin, originally departed by Lord Brahma, the creator God of Hindu mythology. It also believes

in the *karma* theory, by which one's past *karmas* (actions) are responsible for one's present life and hence for one's state of health as well. Again, as mentioned above, in its conceptions of wellbeing, it doesn't stop with an idea of psycho-somatic wellbeing, but envisages an ideal of spiritual emancipation which is frequently referred to in the Indian religious and philosophical traditions as *moksha* or *kaivalya*. Occasionally this calls for a conception of eternal soul. Caraka, one of the ancient masters of *Ayurveda* and the author of *Caraka-Samhita*, a fundamental textbook, elaborately discusses the concept of soul along with the concepts of body and mind.

On the other hand, as a science *Ayurveda* strongly affirms that it is possible to overcome all kinds of sufferings with the right knowledge of things and the world. It locates its basis on an epistemology of sense experience. As Debiprasad Chattopadhyaya, one of the prominent philosophers of modern India notes, the only discipline that promises to be fully secular and contains clear potentials of the modern understanding of natural science is medicine(5). *Ayurveda* affirms the value of this experiential basis of their knowledge system as perennial. Chattopadhyaya, observes that, the theoretical achievements of ancient Indian sciences were ignored and often misunderstood mainly because they were strangely muddled with many features of the counter-ideology. But according to him, *Ayurveda* has already taken the momentous step from magico-religious therapeutics (the pre-Vedic and Vedic origins) to rational therapeutics. He argues that the distinction between *daiva-vyapasraya bhesaja* (God-dependent medical practice) and *yukti-vyapasraya bhesaja* (reason-dependent medical practice) is repeatedly drawn in the *Caraka-Samhita*, which makes clear that the rational therapeutics alone represent the technique of *Ayurveda*(5). To understand what is intrinsic to Indian science, we have to examine its epistemological presuppositions, which will reveal its experiential basis.

The inferential process followed by the ancient Indian epistemologists is at the center of the scientific methodological approach of *Ayurveda*. The Indians called it *Anumana*, which is a process of ascertaining, not by perception or direct observation but through the instrumentality or medium of a mark, that a thing possesses a certain character. It is based on the establishment of an invariable concomitance between the mark and the character inferred(6). This invariable



concomitance is called *Vyapti*, which is ascertained by observation and experiments. Srinivasa Murti points out that the observation of agreement in presence (*anvaya*), as well as the agreement in absence (*vyatireka*) between two phenomena, with the non-observation of the contrary (*Vyabhicharadarsanam*) is the foundation of our knowledge of *vyapti*(6). The unconditionality of the concomitance needs to be established in order to ascertain *vyapti*. Since nature does not always supply us with positive and negative instances of the right kind of help to establish or reject theories, we may have to employ the method of indirect proof (*tarka*) to obtain the negative evidence. The method of indirect proof is employed to strengthen the universal proposition based on positive instances of uninterrupted agreement(7). Both the principles of causality as well as the uniformity of nature are established by means of repeated observations and *vyapti* based inferences. Srinivasa Murty observes that, this Indian method is a combined Formal-Material, Deductive-Inductive inference and hence is more comprehensive than Aristotle's or Mill's analysis of syllogism(6).

The employment of an observation method is repeatedly emphasized in ancient texts like the *Charaka-Samhita*. As M. S. Valiathan(8) points out, the method of observation was perennial in the development of *Ayurveda*. The sick animals and birds choosing to eat selected plants which they normally never consume had caught the attention of ancient observers who sought to apply similar remedies in human situations. He says that, Charaka even refers to the lore of shepherds and forest dwellers and though the *Atharvan* hymns are invocatory in nature, the science of medicine, when it is practiced was never confined to magic or priestly hocus-pocus, even in the *Vedic* age(8).

This enables the pursuit of knowledge of the scientist a rational-logical process, which is different from many other forms of enquiries. But in the Indian context, such scientific pursuits were never essentially separated from other forms of enquiries. The substantive reason that unites all human concerns is never fragmented in India, as it happened in Europe with the advent of modernity(9). In other words, the cognitive is not separated from the conative and the aesthetic and the concept of "wellbeing" in *Ayurveda* is intrinsically related to the notion of life –and its fundamental objectives and means– where the disentanglement of the intellectual from the ethical and material from the

spiritual are impossible. To understand this we have to examine how *Ayurveda* conceives diseases and what ultimately is its conception of wellbeing. This will reveal the relevance of the fundamental ethical postulates mentioned above in the very conception of *Ayurveda* as a science of healing.

## Disease and Wellbeing in *Ayurveda*

*Ayurveda*, as mentioned above is the science that deals with the sustenance or continuation of life. Hence one important concern of *Ayurveda* is the removal of *rogas* or diseases. It adopts the *Sankhya-Vedanta* cosmology –both are schools of philosophy that belong to the orthodox Hindu tradition– in order to explain the nature of the physical world and also the human soul which plays an important role in the process. According to the *Sankhya* school, the whole of reality consists of two principles: the partless and qualityless souls (*Purusha*) and nature or the root principle of matter (*Prakriti*). To explain the human individual, *Sankhya* employs both these principles. The principle of matter is constituted of infinite *gunas* or qualities, which are further classified under three broad classes based on their predominant characteristic feature: *sattva* (intelligence-stuff), *rajas* (energy-stuff) and *tamas* (mass-stuff). They are substantive entities or subtle substances and not abstract entities(10). The *Sankhyans* affirm that, the principle of matter in its "natural condition" exhibits an equilibrium of these three *gunas*, which is disturbed due to the arrival of *Purusha*, the principle of consciousness. The evolution of the embodied self –the individual– happens as the result of such an apparent union of the soul and matter.

The most significant aspect about *Ayurveda* lies in its conception of the individual whose healthy life is its prime concern. *Ayurveda* here brings together material, social and spiritual dimensions of life. A human being has twelve components: the three *dosas* or humors, the three *gunas* or constituents of nature, the five senses and *atman* or soul(11). Hence the conception of wellbeing too refers to the wellbeing of the body, mind and soul. There is a concept of fundamental objectives of life for individuals, widely subscribed to by all systems of thought and schools of philosophy in ancient India. This is known as the doctrine of four *purusharthas* (human goals). They are: *dharma* (righteousness or duty), *artha* (wealth), *kama* (desire for pleasure) and *moksha* (spiritual emancipation). The first three are for the

body and mind and the last one, which is treated by the spiritual traditions as the most important one, consists in the realization of the soul. *Astangasamgraha*(12) one of the very important texts of *Ayurveda* composed by Vaghbata, says:

*Dharmarthakamamokshanam vighnakaribhiramayai  
Nareshu peedyamanushe puraskruthya punurvasum  
DhanvanthiriBharadwajaNimiKasyapah  
Maharshayo mahatmanasthata Lambayanadayah  
Sakratumupajagmu saranyamamareswaram*

(When humanity was troubled by those diseases which prevent them pursuing *dharma*, *artha*, *kama* and *moksha*, the great sages like Dhanvanthiri, Bharadwaja, Nimi, Kasyapa and Lambayana have approached Indra the King of Gods.)

In the conception of the living organism (human body in particular), *Ayurveda* conceives it as constituting of three *doshas*, and the 'natural condition' of the body is said to be a state of equilibrium of these three *doshas*. When this natural equilibrium is disturbed –due to several external and internal reasons– we encounter diseases. Restoration of the natural harmony of the humours in the body will restore the natural condition of the body, which can be understood as *Arogya*, (health or wellbeing), a state of existence which we will become aware of only when we lack this harmony. A human being in *Ayurveda* is a union of matter and soul, where the mind plays an important role, as it is not strictly separated from matter or body and is constituted of the three *gunas* of the root material nature. Hence the mind is not different from the body and the treatment for the body aims at treating the mind as well.

Diseases and their causes are understood in terms of three aspects: functional, physical and moral. Functionally, disease is caused by a state called *dhadu vaishamya*, or imbalance of the three *dhadus* or *doshas* (humours). The aggravation of a disease, therefore, depends on the extent to which the three humours are deranged(2). The properties of the substances used as drugs aid the curing process by rectifying the deranged humours. With regard to the causes the imbalance of *doshas*, *Ayurveda* adopts a psycho-somatic approach, which has very strong moral implications. Apart from the normal physical causes like climatic conditions, the desires for material pleasure and passions are considered as causing and aggravating diseases. In other words, *Ayurveda* recognizes certain moral factors too as the causes of diseases. *Astangasamgraha*(12), begins with

a prayer to the *Eka vaidya*, or the unique absolute physician, whose grace is essential for the curing of the diseases. It says:

*Ragadiroga sahajassamoola  
Yenasu sarve jagathopyapaastha  
Thamekavaidyam sirasa namami  
Vaidyagamajnamcha pitamahadin*

(With whose grace, those diseases which are the results of the desires and passions and which are natural to the body are cured, I salute that unique absolute physician. Salutations to all those grand predecessors who imparted the science of medicine.)

It recognizes the relationship many diseases have with the *ragas*, or passions and desires. They are *raga* (clinging to sensual –physical and mental– pleasure), *dvesha* (aversion to physical and mental pains), *lobha* (desire to possess), *moha* (delusion), *mada* (arrogance) and *matsaryam* (hatred). These are the root causes of diseases. With the administering of drugs one can get rid of the bodily manifestation of diseases, but the root causes may remain dormant. This can be removed only by adopting the right and balanced mental attitude towards life. One has to overcome the extremes of passions and desires.

According to the Indian metaphysical (religious and philosophical as well) traditions, the root cause of all sufferings is ignorance about the real nature of self. Vaghbata, the author of *Astangasamgraha* and *Astangahridaya*, was a Buddhist and hence the reference to *Apurva Vaidya* (unique physician) aims at Lord Buddha, whose spiritual teachings urge man to overcome all sufferings by the removal of desires which are caused by ignorance. The *Sankhya* system of philosophy proclaims that the ultimate form of ignorance is the fundamental confusion between *Prakriti* and *Purusha* or matter and soul. Passions and desires reside in the body which is material and hence is constituted of the *gunas*, while the *Purusha* which is pure spirit and pure consciousness is absolutely devoid of all passions and changes. Due to ignorance the pure soul is wrongly identified with matter and hence appears to be subjected to the different kinds of sufferings. As a result, the individual acts and approaches the world with passions and desires, which lead to various forms of physical as well as mental imbalances that ultimately cause diseases. Only the spiritual knowledge bestowed by the unique physician can free us from this, as ordinary physicians can only remove –that too only

temporarily— the physical manifestations and not the root cause of diseases. To eradicate the root cause—the *ragas*— one needs to elevate spiritually, by realizing the fundamental unreality of all pleasures and pains and by rising beyond all such dichotomies.

Practically, the process of treatment starts with the assumption that, disease is the result of the imbalance of *dosas*. Hence to attain health, one needs to regain the balance, by means of rearranging life to facilitate it. The physical and chemical properties of the drugs aid the patient in regaining the balance in the body which is called *samyavastha*. But even after the bodily manifestations of the imbalance are overcome, the tendencies remain dormant, mainly as the result of past actions or *karmas* (we shall discuss this aspect in the next section). Moreover, the *dhatu samya* or the state of health is a psycho-somatic state and so long as the mind clings to the passions and desires (*ragas*), wellbeing in the real sense is unachievable. Hence the overcoming of passions plays the most important role in the positive rearrangement of life and subsequently of the deranged *dosas*. The seat of all these passions is the mind (*citta*) (12), which is a subtle form of the body. Hence the control and regulation of the mind—and the passions—is vital in the comprehensive form of treatment suggested by *Ayurveda*. *Astangasamgraha*(12) adds:

*Trishnadingamasadwikalpasisirasam*  
*Pradveshachanchalphanam*  
*Kamakrodhavisham vitarkadarsanam*  
*Ragaprachandekshanam*  
*Mohasyam swasariarakodrasayam*  
*Chittoragam darunam*  
*Prajnamanthrabalena yasmitavan*  
*Buddhaya tasmai namah.*

(I salute the Buddha, with whose discriminatory wisdom alone one can conquer the mind which is a serpent, whose length is proportional to its desires, whose false conception is its forehead, whose hatred is its moving hood, whose doubts are its teeth, whose passions are its terrific eyes, whose delusion is its face and who resides in its body).

This control of the mind, according to the *Yoga* and other systems of Indian philosophy, leads to the state of *vira* or *Vairagya*, which indicates detachment from the sensual world and its enjoyments and sufferings. The comprehensive mode of treatment suggested in

*Ayurveda* envisages attaining this. Hence it has the following steps as integral parts of treatment.

1. Proper food: *Ayurveda* considers even food as a medicine. Traditional *Ayurveda* thus prescribes an ideal diet which includes those items which are appropriate to the climatic conditions and those which do not disturb the *dosa* equilibrium in the body. There are three types of food: that which is of the nature of *satva*, of *rajas* and of *tamas*. The gross portion of food evolves into *mala* (excreta or waste product), the subtle portion to *manas* or mind and the portion in between them to *dhadus* and the gross body. Hence the power of food to influence the body and mind makes it very important in the scheme of *Ayurvedic* treatment. In order to conquer the *ragas* (passions), which are the root causes of diseases, one needs to purify the mind with the purity of food. *Rajas* is responsible for all mental disturbances and the right kind of food aids purifying the mind from this excess(13).
2. The different types drugs, which are expected to aid the body achieving equilibrium.
3. Achieving a balanced mental state, devoid of passions and desires for sensual pleasure. One should keep away from enjoying pleasures which are prohibited, asserts *Astangasamraha*(12).
4. The right attitude towards others as well as to the environment. This is articulated in the concept of *dharma* or duty by the Indian tradition. This *dharma* is treated as the principle of life and *Astangasamraha*(12) affirms: “All beings desire for comforts and act for them. But this is unachievable without observing *dharma* (duty). One who aspires for the comfort of health ought to observe *dharma*”. This ultimately calls for the cultivation of *vairagya*, or detachment from the world of sensual pleasure.

*Ayurveda* does not distinguish between these different stages or kinds of treatments: by medicines, food, mind control, moral attitude. Instead, it makes all these different elements integrated into a way of life. We shall now see what constitutes the basis of the ethical approach of *Ayurveda*. In order to understand this we now analyse the fundamental postulates of Indian ethical thought and examine their relevance in *Ayurveda*.

## Suffering, Karma, Soul, and Emancipation: Four Fundamental postulates of an Ethical Theory

There are four fundamental postulates of Indian ethics: the universality of suffering of worldly existence, the belief in *karma* theory or the law of moral causation, (sum of person's actions in one of his successive states of existence, viewed as deciding his fate for the next), the eternity of soul, which justifies moral accountability and the possibility of spiritual emancipation (and the overcoming of all sufferings) by the removal of ignorance by means of right knowledge.

The doctrine of the universality of suffering says that the existence of the embodied self is essentially characterized by sufferings. The term *samsara* is used to characterize the life in the world of the embodied self. *Samsara* is the beginningless series of births and deaths and the bondage to embodied life in the spatio-temporal world. It also indicates the imprisonment of the pure soul in an impure body, due to ignorance(14). All pleasures and pains are momentary. We have a natural inclination to seek pleasure and avoid pain, which is termed as *kama*. This is a futile exercise, as corporeal existence is characterized by both pleasures and pains and to avoid one and to search for the other is not possible. Buddhism develops its four great principles –the *Arya Satyas*– in association with this idea. It equates the worldly existence with *dhuka* or sorrows/sufferings. The second one affirms that since every effect has a cause, *dhuka* too has a cause and that is ignorance. The third one states that it is possible to overcome suffering and fourth one prescribes the means by which this is achieved.

According to the philosophical traditions, there are three types of sufferings: *Adhyatmika*, the sufferings of one's own body and mind; *Adi-bhautika*, the suffering due to other living beings; and *Adi-daivika*, the sufferings due to supernatural agencies(14). *Ayurveda* conceives disease as a *dhuka*, which can be overcome through the right kind of medicines and the right form of living. But the effectiveness of treatment depends on physical, mental and supernatural causes of the disease. Many of these causes can be eradicated through the administering of right medicines, adoption of right diet and the right (following *dharma*) way of living with perfect control over passions. But one's own past *karmas* (sum total of past actions and their moral

force) will still have some impacts on one's life, which will result in sufferings and enjoyments in the present and future lives. These *karmic* forces influence in the form of inner dispositions (*vasanas*) that manifest in the form of various tendencies that prompt one to act. The control over mind and the cultivation of detachment (*vairagya*) are suggested in order to overcome these impacts. Such a conception of *karma* and its impacts presuppose a notion of soul, which is eternal and which transmigrates. This concept implies moral accountability. The individual is thus accountable for his/her acts and he/she alone can overcome the impact of his/her *karmic* forces by conquering his/her mind which is the seat of passions and tendencies through which the *karmic* forces are activated. The fourth postulate is the most important one, as it is projected by many spiritual traditions as the final goal. It consists in transcending all passions and desires and achieving a state of existence where one is unaffected by all those desirable as well as undesirable changes the rest of the world undergoes.

The role of Ayurveda as a science that aids curing diseases is vital here, as in a disease affected state, human beings cannot pursue their fundamental aspirations which include, *dharma*, *artha*, *kama* and *moksha*. Hence the fundamental objective of the science of *Ayurveda* is to facilitate the pursuit of *purusharthas*, and since spiritual emancipation (*moksha*) is the highest goal among them, it is the fundamental objective of *Ayurveda* as well.

These are the postulates of morality, which are foundational to the conception of science as well. While the spiritual traditions conceive the notion of sufferings exclusively from the light of the highest spiritual goal, *Ayurveda* understands it by equating it with various psycho-somatic diseases. The solution to the problem of sufferings is sought in the fulfillment of the spiritual life by religion, while *Ayurveda* focuses on the more immediate physical and psychic causes for diseases and supplements the pursuit of the highest ideal with a removal of the impediments to its pursuit in the form of diseases. The science based on observation and experiments does not contradict the religious pursuits, rather complements it by contributing to improving the conditions that facilities them. What enables this in the Indian context is the entanglement of the three kinds of words –and subsequently three forms of discourses– the word of the question (philosophy and science), the word

of the legend (poetry) and the word of the reconciliation and the promise (religion). As Hans George Gadamer observes, only in the history of the western civilization and culture that these three forms of discourses and the word have been distinguished and developed through continuous interchange of ideas with one another(15). Such a disentanglement is absent in the Indian civilization –both historically as well as conceptually– as all the intellectual and other human concerns –sciences, arts, religion, social sciences, philosophy– share a common functional framework. This framework decided the fundamental assumptions, objectives and operational procedure of each of these endeavours and determined their ontological presuppositions and epistemological presumptions.

This strong unified ethical framework which legitimizes the very sanctity of the various pursuits is a *Vedic* legacy. The *Vedic* outlook is dominated by a conception of cosmic moral order, which is technically designated as *Rita*. According to this, there is a cosmic moral order that pervades and prevails the universe, which refers to and accounts for both the natural cosmic order as well as moral behaviour of the individuals in the society. As Kireet Joshi(16) observes:

...there is, at the summit of consciousness, a power of action which arranges forces and activities of the universe by an automatic harmony of relationships, movements and results. The right law of this automatic harmony is *Rita*. The *Rita* itself is founded in the truth of the Reality and of the universe, (*satyam*), and its field of action is the totality which is the infinite vast (*brihat*).

The all-pervasiveness of *Rita* is further reiterated by a conception of cosmic reality. The hymn 10.129 of the *Rig Veda*, which is also known as the ‘hymn of creation’ metaphorically describes how the whole existing universe has come about. It says that an absolute being (*Tat Ekam*), which is identical to *Satya* or Truth, existed eternally. With this the *Rig Veda* affirms the unity of all existence, living and non living. “From Fervour kindled to its height Eternal Law (*Rta*) and Truth (*Satyam*) were born:

Thence was the Night produced, and thence the billowy flood of sea arose”, proclaims the *Rig Veda*(3). The unity thesis is affirmed in many ways. The hymn 8.58.2 of the *Rig Veda*(3) says:

*Eka evagnir bahudha samiddha*  
*Ekah suryo visvam anu prabhutah*  
*Ekaivosah sarvam idam vibhaty*  
*Ekam vaidam vi bahuva sarvam*

(One fire burns in many ways; one sun illumines the world; one dawn dispels the darkness of night; All that exists is One and It has taken all these various forms.)

These *Rig Vedic* assumptions remain as the core of the *Vedic* cosmology, which exerted significant influence in the formation of theories in religion, science, ethics and philosophy. The unity of Truth and Law, and subsequently the fundamental unity of all being, is manifested in *Rita*, both at the micro as well as at the macro levels. The fundamentality of *Rita* is repeatedly reiterated as it is conceived as the law of truth, and the sole law to which the individual and the collectivity are called upon to give their ultimate allegiance(17). All human endeavours are therefore, in a sense, attempts to cope up with this law of truth and all enquiries –scientific, moral, aesthetic, political, social etc.– aim at understanding this law from different perspectives.

The ancient Indians have developed a concept of *dharma*, in the light of these insights. *Dharma* is equated with *Rita*. It is a regulatory principle, which guides the lives of all people. Since it is a principle of life, it has applications in all human endeavours viz, political, economic, social, scientific, artistic, religious and spiritual. These different spheres, though are functionally divided, are fundamentally united in terms of the all pervading order of *Rita*. *Ayurveda’s* conception of the being of man –as constituted of three *dosas*, three *gunas*, the senses and the soul– reflect this cosmic order in the microcosm, as it envisages a state of balance between contradicting forces. The state of *dhātu samya* (equilibrium of the *dosas*) and subsequently the conception of health or wellbeing are understood in terms of such a conception of order and harmonious existence, which is understood as the “natural condition” of the body. The natural condition therefore, reflects the cosmic –natural and moral– harmony in the microcosm.

The influence of this *Vedic* legacy which consists in the idea that all that exist –living and non living– are regulated by *Rita*, and hence they reflect the cosmic harmony in their natural condition, exerts a strong moral force on all human actions. It makes the realiza-

tion of this harmony, not only important in the different spheres of human action, but also the ultimate human aspiration. This moral force, as mentioned earlier, encompasses the domains of 'is, can and ought', and is understood as *dharma*. *Ayurveda* aims at human wellbeing, which as discussed above physical, mental

an spiritual dimensions. It therefore, prescribes a life which follows *dharma*, in words and deeds. The proper administering of medicines and proper diet need to be supplemented by the proper conduct. The ultimate aim of *Ayurveda*, is not freedom from physical pains, but a liberation from all sufferings.

## References

1. Zysk Kenneth G. *Asceticism and healing in Ancient India*. Corrected edition. Delhi: Motilal and Benarsidas; 1998.
2. Roy Meera. Ayurveda. In: Ray Priyadarajan, Sen SN, (editors). *The Cultural Heritage of India*, Vol. VI: Science and Technology. 2<sup>nd</sup> ed. Kolkata: The Ramakrishna Mission Institute of Culture; 1986: 152-176.
3. Griffith RTH, (translator). *The Rig Veda* (Book in the Internet). 1.0 edition Evinity Publishing Inc; 2009. Available from: <http://www.sacred-texts.com/hin/rigveda/>
4. Wujastyk D. *The Roots of Ayurveda*. 2<sup>nd</sup> edition. New Delhi: Penguin Books; 2001.
5. Chattopadhyaya D. *Science and Society in Ancient India*. Calcutta: Research India Publications; 1977.
6. Murti Srinivasa G. *The Science and the Art of Indian Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. Adyar: The Theosophical Publishing House; 1986.
7. Radhakrishnan S. *Indian Philosophy*, Vol.2. New Delhi: Oxford University Press; 1989.
8. Valiathan MS. *The Legacy of Charaka*. Hyderabad: Orient Longman Private Limited; 2003.
9. Habermas J. Modernity: An Unfinished Project. In: Passerin D'Entreves M, Benhabib S, (editors). *Habermas and the Unfinished Project of Modernity*. Cambridge: Polity press; 1996: 38-55.
10. Dasgupta SN. *A History of Indian Philosophy*, Vol. 1. 1<sup>st</sup> Indian edition. Delhi: Motilal and Benarsidas; 1975.
11. Sharma PV. *Essentials of Ayurveda*. Text and Translation of Sadasanghrdaya. Delhi: Motilal and Benarsidas; 1998.
12. Thirumulpad K. *Raghavan. Astangasamgraha: Prakashika Interpretation*. (in Malayalam). Chalakudy: Prakashika; 2006.
13. Thirumulpad K. *Raghavan. Bhaishajyadarsanam*. (in Malayalam). Thiruvananthapuram: Kerala Bhasha Institute; 2002.
14. Sinha J. *A History of Indian Philosophy*, Vol.1. Calcutta: Central Book Agency; 1952.
15. Gadamer H-G. *Praise of Theory*. New Haven: Yale University Press; 1998.
16. Joshi K. *The Veda and Indian Culture*. Delhi: Motilal and Benarsidas; 1991.
17. Ganguli KM, (translator). *Mahabharata*. Available from: <http://www.mahabharataonline.com/translation/index.php>

Recibido: 2 de marzo de 2010

Aceptado: 28 de marzo de 2010

# CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL TRATAMIENTO MÉDICO A TESTIGOS DE JEHOVÁ

Gonzalo Cardemil H.\*

**Resumen:** Actualmente, sería impensable practicar cualquier tratamiento médico sin explicar al paciente sus complicaciones y posible morbilidad, sin mencionar tratamientos alternativos o, peor aún, obligarlo o engañarlo para efectuarle un tratamiento que rechaza.

El caso de los Testigos de Jehová es digno de considerar. La experiencia nacional e internacional cuenta con respaldo científico sólido que evidencia que son practicables las cirugías complejas sin sangre, algunas de ellas impensadas años atrás.

El presente artículo refiere algunas normas ético-legales, tanto chilenas como internacionales, respecto de la autonomía y no discriminación de los pacientes, y expone la experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile que, desde 1998, cuenta con un exitoso programa de atención para pacientes que no desean transfundirse.

**Palabras clave:** autonomía, consentimiento informado, Testigos de Jehová, cirugía sin sangre

---

## ETHICAL CONSIDERATIONS IN MEDICAL TREATMENT TO JEHOVA WITNESSES

**Abstract:** Currently, it would be unthinkable to treat a patient without explaining him his complications and possible morbidity, without mentioning alternative treatments or, worst, oblige or deceive him giving treatment that he rejects.

The case of Jehova Witnesses is worth considering. National and international experience show solid scientific base for the practicability of complex surgeries without the use of blood, some of them unthinkable years before.

The present article refers to some legal-ethical norms, Chilean as well as International, referring to the autonomy and non discriminating patients, and it shows the experience of the University of Chile Hospital Clinic that, since 1988, counts with a successful health care program for patients who do not wish blood transfusions.

**Key words:** autonomy, informed consent, Jehova Witnesses, surgery without blood

---

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NO TRATAMENTO MÉDICO A TESTEMUNHAS DE JEIOVÁ

**Resumo:** Atualmente, seria impensável praticar qualquer tratamento médico sem explicar ao paciente suas complicações e possível mortalidade, sem mencionar tratamentos alternativos, ou, pior ainda, obrigá-lo ou enganá-lo para efetuar um tratamento com o qual ele concorde. O caso dos Testemunhas de Jeová é digno de ser considerado. A experiência nacional e internacional conta com sólidas bases científicas que evidenciam práticas de cirurgias complexas sem transfusão, algumas delas impensadas anos atrás. O presente artigo se refere a algumas normas ético-legais, tanto chilenas como internacionais, que dizem respeito à autonomia e à não discriminação de pacientes, e apresenta a experiência do Hospital Clínico da Universidade do Chile que, desde 1998, desenvolve exitoso programa de atenção a pacientes que não aceitam transfusão sanguínea.

**Palavras-chave:** autonomia, consentimento informado, Testemunhas de Jeová, cirurgia sem transfusão sanguínea

---

\* Unidad Cirugía de Tórax, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Chile  
**Correspondencia:** gcardemil@mi.cl

## Introducción

Hasta hace poco tiempo, a los pacientes respecto de su tratamiento, posibles complicaciones o efectos adversos no era práctica médica habitual. Los pacientes eran sometidos a intervenciones o tratamientos invasivos en desconocimiento de los procedimientos y sus riesgos; la autorización firmada para llevarlos a cabo era excepcional.

Actualmente, sería impensable practicar cualquier tratamiento sin explicar sus complicaciones y posible morbilidad, sin mencionar tratamientos alternativos o, peor aún, obligar o engañar a un paciente para efectuar un tratamiento que este rechaza.

El hecho de negarse a ser transfundido por motivos religiosos concita habitualmente repudio y críticas, especialmente si los hechos son tratados periodísticamente y como casos emblemáticos. ¿Qué sucede hoy entonces con los Testigos de Jehová, que son discriminados por rechazar la transfusión como tratamiento?

Si queremos analizar razonablemente el problema, es necesario contestar las siguientes interrogantes:

1. ¿Tienen derecho los Testigos de Jehová a negarse a ser transfundidos? ¿Tiene cualquier paciente el derecho a negarse a un tratamiento propuesto?
2. Los pacientes que rechazan la transfusión, ¿tienen *per se* mayor morbilidad?

## El aspecto legal

Respecto de la primera pregunta, situada en un plano ético-legal, citaremos la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 10 de diciembre de 1948), la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (4 de noviembre de 1950), la Carta Social Europea (18 de octubre de 1961), la Convención para la Protección de las Personas (28 de enero de 1982) y la Convención de los Derechos del Niño (20 de noviembre de 1989). Todas ellas iniciativas internacionales para garantizar el respeto a la autonomía, libertad e intimidad de las personas(1).

En el campo particular de la medicina, la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina: Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, también conocido como Convenio de Oviedo, establece: "...el

ser humano debe ser respetado como persona y como perteneciente a la especie humana", debiendo garantizarse su dignidad, respetando su autonomía(2).

Basada en dicha Convención, se promulgó en España la Ley 41, que regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica(3). Acerca de la autonomía, establece que esta se ejerce con la aplicación de la doctrina del consentimiento informado, definida como "...la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta su salud".

El artículo 2 de la citada ley señala además que "...la dignidad de la persona humana, el respeto de la autonomía de su voluntad y de su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica".

En Chile, el Decreto Supremo N° 42, artículo 105, vigente hasta 2005, fue reemplazado por el Decreto Supremo N° 140, artículo 34, que establece como obligación para el médico tratante "...informar a los pacientes, a sus representantes legales o a los familiares de ellos sobre el diagnóstico y pronóstico probable de su enfermedad, las medidas terapéuticas o médico-quirúrgicas que se aplicarán y los riesgos que estas o su omisión conllevan, para permitir su decisión informada, así como las acciones preventivas que correspondan al paciente o a su grupo familiar. En caso de negativa o rechazo a procedimientos diagnósticos o terapéuticos por parte del paciente o su representante, deberá dejarse constancia escrita en un documento oficial del servicio".

Respecto de lo anterior, el Reglamento N° 570 del Ministerio de Salud de Chile precisa: "Consentimiento para tratamiento es la autorización que una persona otorga, en forma voluntaria, a la propuesta del plan de tratamiento que le indica el médico a cargo y a sus variaciones. Esta autorización deberá estar basada en el conocimiento de los fundamentos que hacen aconsejable tal tratamiento o procedimiento, los propósitos, riesgos y efectos directos y colaterales, incluyendo las posibilidades de éxito de otras alternativas terapéuticas existentes y la factibilidad de su realización".

El nuevo Proyecto de Ley N° 4398-11, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con



acciones vinculadas con su atención de salud, en su artículo 14, N° 5 expresa: “Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado con su atención de salud”. El ejercicio de este derecho es libre, voluntario, expreso e informado”. Y agrega que “...por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal”, precisando que en determinados casos, como “intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, y en general para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo importante para la salud del afectado”, la decisión debe establecerse por escrito. En tales casos, además, deben considerarse otras alternativas de tratamiento o procedimiento propuesto.

El código de ética de la *International Society of Blood Transfusion* estableció en 2000: “Los pacientes deberán estar informados de los riesgos y beneficios conocidos de la transfusión de sangre y/o terapias alternativas, y tendrán el derecho de aceptar o rechazar el procedimiento”. Sería bueno recordar que la transfusión es un trasplante de tejido, y que, aunque en algunos países es segura, en ninguno está exenta de riesgos(4).

Tal es la base ético-legal de la que debemos partir. La negativa a someterse a cualquier tipo de examen o tratamiento está dentro de los derechos de los pacientes. Discriminar a cualquiera de ellos por tomar decisiones de salud basados en creencias religiosas o de cualquier otra índole contraviene su autonomía y libertad individual.

Normalmente, cuando un Testigo de Jehová rehúsa transfundirse, los médicos –o mejor, las directivas hospitalarias– recurren a tribunales solicitando un Recurso de Protección. Si este es acogido, puede transfundirse al paciente en contra de su voluntad.

La intención es, sin duda, proteger el derecho a la vida. Sin embargo, en la práctica, ¿es esto efectivo?

Un estudio retrospectivo de los recursos de protección tramitados en nuestro país mostró que en todos los casos se invocó que la transfusión era esencial para la continuidad de la vida. No obstante, en el 77% de los casos esto no fue efectivo, ya porque el paciente nunca fue transfundido (por huida, traslado a otro hospital y

otros) o porque, aun practicándosele la transfusión, el paciente falleció. No se registró en la ficha clínica de paciente alguno que se le advirtiera sobre los riesgos de la transfusión o sobre la posibilidad de terapias alternativas(5).

Con estos datos, nos parece que esta vía judicial es ineficiente, poco práctica, de hecho inoperante y que lleva a innecesarios enfrentamientos entre médicos y pacientes.

### **Experiencias significativas**

La experiencia nacional e internacional en la atención de Testigos de Jehová y otros pacientes que no desean transfundirse enseña resultados favorables en numerosas patologías, como cirugía cardíaca(6-8), cirugía hepática(9,10), cirugía traumatológica(11-13), ginecológica(14,15), urológica(16,17), trasplantes cardíacos(18), hepáticos(19-21) y renales(22,23). También, en tratamientos oncológicos en niños y adultos(24). En trauma, una patología habitualmente muy temida si no se dispone de sangre, la experiencia muestra que los resultados con Testigos de Jehová son similares a los de la población general.

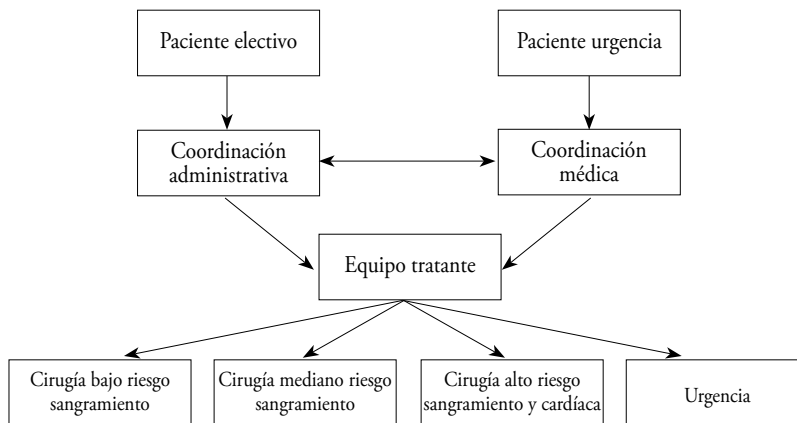
Por lo expuesto, pensamos que:

1. Al rechazar la transfusión, los pacientes Testigos de Jehová no hacen otra cosa que ejercer su autonomía y libertad de decisión.
2. Es posible tratar a estos pacientes sin transfundirlos y los resultados tienen un respaldo científico sólido.
3. En la práctica, la vía legal estorba el trabajo médico y la relación médico-paciente.

### ***Programa de Atención en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile***

Por esos motivos, desde 1998 se ha implementado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile un Programa de Atención (ver figura 1) para pacientes que no deseen transfundirse, que cuenta con adscripción voluntaria de profesionales de todas las especialidades médicas(25,26). Este programa tiene como objetivos establecer estrategias, técnicas y procedimientos tendientes a optimizar la atención de estos pacientes, evitar someterlos a presiones innecesarias y contar con respaldo legal frente a acciones judiciales ejercidas.

Figura 1: Diagrama de flujo del Programa de Medicina y Cirugía sin Transfusión de Sangre



En Chile se han publicado resultados en cirugía cardíaca(27), cirugía traumatológica(28), traumatología en hemofílicos(29), cirugía ginecológica, urológica, trasplante renal y hepático, tratamiento oncológico(30), cirugía pediátrica(27) y de neonatología, aparte de los resultados globales de nuestro programa.

Acerca de las estrategias médico-quirúrgicas en la constitución del Programa, brevemente podemos señalar las siguientes:

- Tratamiento previo de la anemia y optimización de masa globular (estimulación eritropoyesis EPO; hierro)(31).
- Técnicas de mínima invasión (endoscopia, técnicas radiológicas, videoscopías, criocirugía, braquiterapia)(32,33).
- Hemodilución intraoperatoria.
- Técnicas quirúrgicas cuidadosas (control pedículos, posición, clampeo).
- Instrumental (electrobisturí, bisturí ultrasónico, láser radiofrecuencia).
- Fármacos (ácido tranexámico, aprotinina, desmopresina, EPO, Fierro IV, Factor VII recombinante)(34-36).
- Agentes tópicos (adhesivos de colágeno, gelatina-celulosa, trombina tópica, gel plaquetario).
- Optimizar parámetros (temperatura y Ph, volemia, hipotensión controlada)(37).
- Recuperación intraoperatoria de GR, restringir pérdidas (flebotomías), optimizar el transporte y minimizar consumo de O<sub>2</sub>(38).

Respecto de los menores este programa tiene algunas limitaciones: se guía por el concepto mundial que reconoce el hecho de que un hijo de Testigos de Jehová

podiera no llegar a serlo cuando sea mayor, aunque sus padres lo sean. Esto no significa que *a priori* se desee contravenir la voluntad de los padres cuando los hijos son incompetentes. Se conversa con los padres y, finalmente, se aplican todos los conceptos de una buena medicina, lo que implica procurar que el paciente sea sometido al menor de los riesgos, tanto presentes como futuros.

Con relación a los menores competentes, una buena base la encontramos en el documento “Historia de la Ley 20.418”<sup>1</sup>, que regula tanto en adultos como en menores competentes la reproducción asistida. En dicho documento se establecen tres tramos en la adolescencia, “...que definen distintos grados de autonomía y requieren un manejo distinto por parte del profesional: adolescencia temprana, de los 10 a los 13 años de edad (...); adolescencia media, de los 14 a 16 años (...), y adolescencia tardía, entre los 17 y los 19 años, etapa que marca el fin de la adolescencia”. Esta es una buena guía para usar con menores competentes en menor o mayor grado, de modo que, cuando la ocasión lo amerite, también se incluya su parecer en la toma de decisiones para la recuperación de su salud.

En todos los casos, este Programa ha derivado en la mejor comprensión de los procesos fisiológicos de la anemia y ha propiciado el desarrollo de estrategias y técnicas que benefician a la población general y ayudan a los profesionales de la salud a efectuar una medicina moderna, basada en el respeto por la dignidad, autonomía y bienestar de los pacientes.

1 Disponible en: <http://www.bcn.cl/histley/periodos?p=2010> Ultimo acceso en mayo 7, 2010.

## Referencias

1. Sagrera JE. La autonomía de los pacientes. *JANO* 2002; 62(1434): 10.
2. Consejo de Europa. *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*. Aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996.
3. Ley de España Nº 41. *Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.
4. International Society of Blood Transfusion (ISBT). *Code of Ethics*. Disponible en: <http://www.isbt-web.org/documentation/default.asp>
5. Retamales A. Lecciones que dejan los pacientes adultos que rechazan transfusiones de sangre a partir de la doctrina de nuestros tribunales. *Ius Publicum* 2003; 11: 75-102.
6. Rosengart TK, Helm RE, Klemperer J, Krieger KH, Waine Isom O. Uso combinado de aprotinina y eritropoyetina para la conservación de la sangre: Resultados con Testigos de Jehová. *Ann Torca Surg* 1994; 58: 1397-1403.
7. Van Son JAM, Hovaguimian H, Rao IM, He GW, Meiling GA, King DH et al. Strategies for repair of congenital heart defects in infants without the use of blood. *The Society of Thoracic Surgeons* 1995; 59: 384-388.
8. Cooley DA. Conservation of Blood During Cardiovascular Surgery. *The American Journal of Surgery* 1995; 170: 56-59.
9. Gozzetti G, Mazziotti A, Grazi GL, Jovine E, Gallucci A, Gruttadauria S, et al. Liver resection without blood transfusion. *British Journal of Surgery* 1995; 82: 1105-1110.
10. Jamieson GG, Corbel L, Campion JP, Launois B. Major liver resection without a blood transfusion: Is it a realistic objective? *Surgery* 1992; 112: 32-36.
11. Feagan BG, Wong CJ, Kirkley A, Johnston DWC, Smith FC, Whitsitt P, Wheeler SL, et al. Erythropoietin with iron supplementation to prevent allogeneic blood transfusion in total hip joint arthroplasty. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2000; 133: 845-854.
12. Meyers MO, Heinrich S, Kline R, Levine EA. Extended hemipelvectomy in a Jehovah's Witness with erythropoietin support. *Am Surg* 1998; 64: 1074-1076.
13. Nelson CL, Fontenot HJ. Ten Strategies to reduce Blood Loss in Orthopedic Surgery. *The American Journal of Surgery* 1995; 170: 64S-68S.
14. Thomas JM. La necesidad mundial de educación sobre el manejo sin sangre en obstetricia y ginecología. *The Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada* 1994; 16: 1483-1487.
15. De Castro RM. Bloodless surgery: Establishment of a program for the special medical needs of the Jehovah's Witness community. The gynecologic surgery experience at a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1491-1498.
16. Monk TG, Goodnough LT, Brecher ME, Pulley DD, Colberg JW, Andriole GL, Catalona WJ. Acute normovolemic hemodilution can replace preoperative autologous blood donation as a Standard of care for autologous blood procurement in radical prostatectomy. *Anesth Analg* 1997; 85: 953-958.
17. Monk TG, Goodnough LT, Birkmeyer JD, Brecher ME, Catalona WJ. Acute normovolemic hemodilution is a cost-effective alternative to preoperative autologous blood donation by patients undergoing radical retropubic prostatectomy. *Transfusion* 1995; 35: 559-565.
18. Corno AF, Laks H, Stevenson LW, Clark S, Drinkwater DC. Heart transplantation in a Jehovah's Witness. *J Heart Transplantation* 1986; 175-177.
19. Cacciarelli T, Keeffe EB, Moore DH, Burns W, Chuljian P, Busque S, et al. Primary liver transplantation without transfusion of red blood cells. *Surgery* 1996; 120: 698-705.
20. Ramos HC, Todo S, Kang Y, Felekouras E, Doyle HR, Starzl TE. Liver transplantation without the use of blood products. *Arch Surg* 1994; 129: 528-533.
21. Detry O, Honoré P, Delwaide J, Dondelinger RF, Meurisse M, Jacquet N. Liver Transplantation in a Jehovah's Witness. *The Lancet* 1999; 353: 1680.
22. Kaufman DB, Sutherland DER, Fryd DS, Ascher NL, Simmons RL, Najarian JS. A single-center experiencia of renal transplantation in thirteen Jehovah's Witnesses. *Transplantation* 1988; 45: 1045-1049.
23. Olugbenga AA, Custer JR, Bunchman TE, Sedman AB. Management of severa anemia without transfusión pediatric Jehovah's Witness patient. *Critical Care Medicine* 1994; 22: 524-528.

24. Ballen KK, Ford PA, Witkus H, Emmons RVB, Levy W, Doyle P, et al. Successful autologous bone marrow transplant without the use of blood product support. *Bone Marrow Transplantation* 2000; 26: 227-229.
25. Cardemil G, Braghetto I, Gonzáles M, Escobar C. Programa de atención médico-quirúrgica sin transfusiones sanguíneas. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2000; 11: 212-221.
26. Cardemil G, Rodríguez F, Baeza F, Reyes D, Escobar C, Hepp M. Resultados del Programa de atención Médico-Quirúrgica sin uso de sangre ni hemoderivados del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Cirugía* 2004; 56: 232-236.
27. Zamudio I. Manejo pre, intra y postoperatorio en la cirugía mayor sin transfusión sanguínea. *Revista Chilena de Cirugía* 2000; 52: 446-452.
28. Zamudio I, Solar P, Ortiz I, Arretz C, León L, Haecker S, et al. El uso de aprotinina en lactantes con D-TGA sometidos a la operación de Janete. *Revista Chilena de Anestesia* 1998; 27: 45-46.
29. Retamales A. Uso de la sangre y Testigos de Jehová. *Capítulo Chileno de Medicina Transfusional* 2002.
30. Rojas B, Meneses P. Testigo de Jehová portador de leucemia linfática aguda. *Revista Chilena de Cancerología y Hematología* 2000; 10: 151.
31. Mesa redonda: Técnicas alternativas a las transfusiones perioperatorias. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2000; 11: 329-337.
32. Navarrete C. Manejo Endoscópico de la hemorragia digestiva. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2000; 11: 318.
33. Cohn S. Alternativas técnicas e instrumentales del cirujano. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2000; 11: 345-349.
34. Barón J.F. Alternativas farmacológicas en la cirugía sin sangre. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2000; 11: 283-286.
35. Hedner U. Recombinant activated factor VII as a universal haemostatic agent. *Blood Coagul Fibrinolysis* 1998; 9(Supp1): S147-S152.
36. Vlot AJ. Treatment of a severely bleeding patient without preexisting coagulopathy with activated recombinant factor VII". *Am J Surg* 2000; 108(5): 421-423.
37. Krausz MM, Bashenko Y, Hirsh M. Crystalloid or colloid resuscitation of uncontrolled hemorrhagic shock after moderate splenic Injury. *Shock* 2000; 13: 230-235.
38. Shander A. Manejo del paciente en cuidados intensivos *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2000; 11: 363.

Recibido: 12 de marzo de 2010

Aceptado: 25 de marzo de 2010

# CONOCIMIENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD RESPECTO DE LAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS EN MÉDICOS Y PACIENTES TESTIGOS DE JEHOVÁ DEL HOSPITAL DR. DARÍO CONTRERAS DE REPÚBLICA DOMINICANA

Elsa Díaz Santana\*

**Resumen:** Este estudio evalúa hasta qué grado el cuerpo médico del Hospital Dr. Darío Contreras de República Dominicana conoce, respeta, informa y aplica la Ley General de Salud, con relación al derecho del paciente Testigo de Jehová de negarse a ser transfundido (respeto a su autonomía). También si los Testigos de Jehová conocen la Ley General de Salud y hasta qué grado se han beneficiado con la puesta en marcha de la misma. El estudio reveló que ni médicos ni Testigos de Jehová conocen suficientemente dicha ley.

**Palabras clave:** Ley General de Salud, transfusiones sanguíneas, Testigos de Jehová, autonomía

---

## KNOWLEDGE OF GENERAL HEALTH LAW WITH RESPECT TO BLOOD TRANSFUSIONS BY PHYSICIANS AND PATIENTS JEHOVAH WITNESSES IN HOSPITAL DR. DARIO CONTRERAS OF DOMINICAN REPUBLIC

**Abstract:** This study evaluates up to which degree physicians of Hospital Dr. Dario Contreras of Dominican Republic know, respect, inform and apply the General Health Law in relation to the right of Jehovah witness patients to refuse being blood transfused (respect to their autonomy). It also evaluates whether Jehovah witnesses know General Health Law and in which degree they have been benefited by putting it into practice. The study reveals that Jehovah Witnesses do not know the law.

**Key words:** General Health Law, blood transfusions, Jehovah Witnesses, autonomy

---

## CONHECIMENTO DA LEI GERAL DE SAÚDE – RESPEITO ÀS TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS EM MÉDICOS E PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVÁ DO HOSPITAL DR. DARÍO CONTRERAS DA REPÚBLICA DOMINICANA

**Resumo:** Este estudo avalia quanto o corpo médico do Hospital Dr. Darío Contreras de República Dominicana conhece, respeita, informa e aplica a Lei Geral de Saúde em relação aos direitos do paciente Testemunha de Jeová de negar-se a ser transfundido (respeito a sua autonomia); também se os Testemunhas de Jeová conhecem a Lei Geral de Saúde e até que ponto têm se beneficiado diante dessa proposição. O estudo revelou que nem médicos, nem Testemunhas de Jeová conhecem de fato essa lei.

**Palavras-chave:** Lei Geral de Saúde, transfusões sanguíneas, Testemunhas de Jeová, autonomia

---

\* Farmacéutica. Jefe de Servicio de Farmacia. Vicepresidenta del Comité de Ética y de Investigación del Centro de Diagnóstico y Medicina Avanzada y de Conferencias Médicas y de Telemedicina (CEDIMAT), Santo Domingo, República Dominicana  
Becaria del Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Fogarty Internacional Center, Grant R25 TW006056, 2009.  
**Correspondencia:** elsadiaz2001@yahoo.com

## Introducción

El marco jurídico del sistema sanitario de la República Dominicana cambió de manera significativa con la promulgación, en 2001, de la Ley General de Salud (42-01), en la cual a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social se le confiere la función rectora, estando obligada a redefinir y readecuar sus estructuras funcionales.

El capítulo IV, art. 28 de la Ley General de Salud establece el respeto a la dignidad humana y a no ser discriminado por razones religiosas, además del derecho del paciente a decidir, previa información.

Existe el Código del Menor, cuyo objeto es garantizar a niños y adolescentes que se encuentren en el territorio nacional el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos fundamentales. En el caso de hijos de padres Testigos de Jehová, quienes no aceptan transfusión sanguínea, prima la beneficencia desde el punto de vista del médico, siempre y cuando peligre la vida del menor.

En los años 90, los Testigos de Jehová habían sido objeto de discriminación al rehusar ser transfundidos. Entienden ellos que las transfusiones sanguíneas pueden añadir años a su vida, pero no salvan la vida para siempre.

Este estudio evalúa hasta qué grado el médico conoce, respeta, informa y aplica la Ley General de Salud con relación al derecho del paciente Testigo de Jehová a negarse a ser transfundido (respeto a su autonomía). También si los Testigos de Jehová conocen la Ley General de Salud y hasta qué grado se han beneficiado con su puesta en marcha.

## Materiales y métodos

Estudio descriptivo cualitativo, en el cual se investigaron las siguientes variables:

- Nivel de conocimiento de los médicos sobre la Ley General de Salud y aplicación de la misma.
- Nivel de conocimiento de los Testigos de Jehová sobre la Ley General de Salud.
- Problemas de factibilidad de cumplimiento de dicha Ley.

## Muestra

En octubre de 2008 se encuestó a 26 médicos de ambos sexos del hospital Dr. Darío Contreras, Santo Domin-

go, República Dominicana, de las especialidades de cirugía general 31%, emergentología 23%, ortopedia 23%, neurocirugía 11%, urología 8% y gastroenterología 4%, con edades que fluctuaban entre 26 y 64 años, 58% del sexo masculino y 42% del sexo femenino.

Por otra parte, se encuestó a 16 pacientes Testigos de Jehová, con edades entre 18 y 60 años, 75% del sexo femenino y el 25% del sexo masculino.

## Instrumentos

- Análisis de la Ley General de Salud en sus aspectos bioéticos.
- Reflexión sobre el derecho de autonomía de los Testigos de Jehová en relación con sus creencias sobre las transfusiones de sangre.

Se elaboraron dos cuestionarios de preguntas abiertas: uno para los médicos y otro para los Testigos de Jehová.

A los médicos se les aplicó un cuestionario de 18 preguntas sobre el conocimiento de la Ley General de Salud y su aplicación, el consentimiento informado, el respeto a la autonomía del paciente y la decisión del médico. Una pregunta se refería a la decisión del médico de transfundir a un menor, respetar la voluntad de los padres o llevar el caso a la justicia.

Las preguntas incluyeron aclaraciones del tipo: "por qué y explique".

El cuestionario a Testigos de Jehová reunía un total de 12 preguntas abiertas sobre el conocimiento de la Ley General de Salud, el trato recibido una vez hospitalizados, la hospitalización de un hijo menor y la necesidad de transfusión y el consentimiento informado y el respeto a la autonomía.

## Otros antecedentes

### *Ley General de Salud*

En la República Dominicana, el siglo XXI se inició con la gran apuesta de transformar, en un plazo de diez años, todo el sistema de salud del país, empezando por redefinir incluso lo que se entiende por salud y cómo debería llevarse a cabo ese cambio, ya que existía el viejo Código de Trujillo, vigente desde 1956. A dos meses de su puesta en marcha se creó la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01)(1). Estas

dos nuevas leyes introducían cambios verdaderamente radicales en lo que hasta ese momento existía, cambios que debían ser “graduales y progresivos(2)”.

Aunque la Ley General de Salud no especifica la no transfusión, sí exige respeto al derecho de autonomía del paciente. El artículo 11 del capítulo II, sección II, y el artículo 3 del capítulo I establecen que el Sistema Nacional de Salud se regirá por los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, eficacia, integridad y cooperación. Desde estos principios, el Estado debe garantizar un nivel mínimo de prestaciones.

Callahan (1998) señala que “...el principio de solidaridad constituye uno de los principales ingredientes para pensar en una medicina que sea al mismo tiempo equitativa y sustentable” (3). Sin embargo, el principio de solidaridad se expone a innumerables críticas, sobre todo si se utiliza para legitimar políticas de asignación de recursos, los cuales son reconocidamente finitos y escasos en cualquier sistema sanitario.

La escasez de los recursos asignados al sector salud no ha permitido dar una educación continua a los profesionales, la infraestructura en los centros hospitalarios está obsoleta y deteriorada y la reconstrucción sobre la misma ha empeorado la situación. En cuanto a la tecnología, se han asignado bastantes recursos en equipos sofisticados, pero el personal en general no sabe manejarlos y se han dañado con el correr de los años; es decir, impera la inequidad, ineficiencia, ineficacia e injusticia, ya que no siempre existen las condiciones para satisfacer las necesidades de salud de los pacientes. En tales circunstancias, los pacientes Testigos de Jehová no siempre pueden exigir su derecho a la autonomía y ofrecer métodos alternativos a una transfusión sanguínea.

Aunque existen estudios que reflejan un impacto positivo de la reforma del sector salud(4), la verdad es que en conocimientos, capacitación o educación se ha avanzado a pasos muy lentos. A mayor conocimiento y mejor educación y capacitación la información al paciente será más efectiva y habrá mayor respeto por la autonomía del paciente.

El capítulo IV de la Ley General de Salud(2) se refiere a los derechos y deberes con relación a la salud. El artículo 28 establece lo siguiente:

- Toda persona tiene derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, a no ser discriminada por razones de etnia, edad, religión, condición social, política, sexo, estado legal, situa-

ción económica, limitaciones físicas, intelectuales, sensoriales o cualquier otra.

- A la educación y prevención de las enfermedades y a la conservación y recuperación de la salud.
- A la información sobre los servicios que promuevan y protejan la salud, al acceso a los mismos y a una atención adecuada y oportuna.
- A la confidencialidad de todas las informaciones relacionadas con su expediente.
- A la información adecuada y continuada de su proceso, incluyendo su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, a recibir consejos por el personal capacitado, antes y después de la realización de exámenes y procedimientos.
- Al derecho a decidir previa información y comprensión sobre su aceptación o rechazo de asumir el tratamiento. Se exceptúan de estas disposiciones los casos que representan riesgos para la salud pública.
- En el caso de menores, discapacitados mentales y pacientes en estado crítico, sin conciencia para decidir, la decisión recae sobre los familiares directos, tutores o, en ausencia, sobre el médico principal responsable de su atención.
- Al derecho a no ser sometido/a a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento escrito o el de la persona responsable. Esto último sólo en el caso de que el paciente no esté en capacidad para darlo y siempre que sea en su beneficio.

Si se ofrece información oportuna clara y eficaz a los pacientes sobre su diagnóstico, cirugía o tratamiento, riesgos y beneficios, éstos pueden decidir sobre lo que consideran más adecuado. En el caso de que el médico considere que deban ser transfundidos, los pacientes Testigos de Jehová pueden ofrecer otras alternativas que no violen sus principios y creencias<sup>1</sup>. De esta manera, se pone de manifiesto el consentimiento informado y el respeto a la autonomía del paciente.

1 “Los Testigos de Jehová consideran fundamental que sus creencias estén basadas en la Biblia y no en simples conjeturas o credos religiosos de hombres. Creen que toda enseñanza religiosa —la ofrezcan ellos u otras personas— debe someterse a esta prueba de concordancia con las Escrituras inspiradas por Dios. ‘Testigos de Jehová’ es un nombre descriptivo que indica que dan testimonio de Jehová, su divinidad y sus propósitos”. Una descripción más completa de lo citado en: *¿Cómo puede salvarle la vida la sangre?* Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania: 2005. Disponible en [http://www.watchtower.org/s/hb/index.htm?article=article\\_00.htm](http://www.watchtower.org/s/hb/index.htm?article=article_00.htm)

Aunque no se está cumpliendo por completo, la realidad es que, luego de implementada la ley, se brinda un mayor respeto a los pacientes Testigos de Jehová que en los años anteriores a la puesta en vigencia de dicha Ley.

Una de las partes más importante de la ley es garantizar el derecho del paciente a la información comprensible y veraz. Por formación, el médico es paternalista; sin embargo, mediante esta Ley el médico está obligado a informar al paciente con palabras claras sobre riesgos y beneficios para que este tome la decisión.

### Desafío quirúrgico/ético

Los médicos se enfrentan a un desafío creciente que es una importante cuestión de salud. En Estados Unidos hay más de medio millón de Testigos de Jehová y ellos no aceptan transfusiones de sangre. La cantidad de Testigos y de los que se asocian con ellos está aumentando. Aunque antes, cuando alguien rehusaba una transfusión, muchos médicos y ejecutivos de los hospitales veían esto como un problema legal y procuraban la autoridad de los tribunales para proceder, literatura médica publicada recientemente revela que está aconteciendo un notable cambio de actitudes. "Puede que esto sea el resultado de más experiencia quirúrgica con pacientes cuyo nivel de hemoglobina es muy bajo, y puede que también refleje mayor reconocimiento del principio legal del consentimiento informado"<sup>2</sup>.

Ahora, en muchos casos de cirugía electiva y de traumatismo, en que figuran tanto Testigos adultos como menores, se está logrando el objetivo deseado sin transfusiones de sangre. Hace poco, ciertos representantes de los Testigos de Jehová se reunieron con miembros del personal quirúrgico y administrativo de algunos de los centros médicos más grandes de Puerto Rico. Estas reuniones mejoraron la comunicación y comprensión y ayudaron a resolver cuestiones acerca del rescate sanguíneo, los trasplantes y la evitación de confrontaciones médico-legales.

### Resultados de la encuesta

El 38% de los médicos afirmó no conocer la Ley General de Salud, por tanto, sólo el 62% dijo conocerla. Al inquirir sobre los artículos que protegen la toma

de decisiones de parte del paciente y pedir explicar, el 46% de los médicos dijo no saber, el 54% no contestó y ninguno dio explicación, lo que indica la gran necesidad de información sobre la Ley General de Salud, especialmente sobre el artículo 28 del capítulo IV que trata de los deberes y derechos del paciente.

A la pregunta sobre si conocía la Ley, el 81% de los Testigos de Jehová encuestados respondió que no la conocía, pero cuando se les preguntó al 19% restante sobre los artículos que conoce de ella, el 43,75% citó el Libro de los Hechos, capítulo 15, versículo 28, en el cual La Biblia ordena abstenerse de sangre. Los Testigos de Jehová tienen claridad, entonces, acerca de los principios bíblicos que prohíben ingerir sangre, no así sobre la información contenida en la Ley General de Salud respecto de estas situaciones.

Acerca de si tenían conocimiento de algún artículo de la Ley sobre la no transfusión, un 85,71% de los Testigos de Jehová respondieron que no. Al preguntar al 14,29% restante acerca del contenido de la ley, el 100% no contestó.

Con relación a si reciben habitualmente información sobre su tratamiento, cirugía o diagnóstico, el 86% de los Testigos de Jehová respondió que sí la recibe. Lo que habrá que averiguar en estudios futuros es qué tan clara e inteligible es esta información.

### Discusión

La Ley General de Salud está vigente desde 2001. Los médicos encuestados, pese a que la mayoría de ellos afirmó conocerla, no saben cuáles artículos protegen la toma de decisiones de los pacientes.

La mejora en la calidad de los servicios y la toma de decisiones consensuadas ha sido evidente a partir de la puesta en marcha de la Ley General de Salud, pero sólo en comparación con los años anteriores a la puesta en vigencia de dicha Ley.

Aunque la Ley protege a los menores en caso de que su vida peligre, cediendo el derecho al médico en la toma de decisiones benéficas que contribuyan a salvar la vida del menor, los médicos dijeron respetar la autonomía de los padres de los menores y tomar en cuenta sus alternativas. No obstante, en el país se están produciendo irregularidades, en las cuales la fiscalía autoriza la transfusión sin una orden del juez.

2 Los Testigos de Jehová: el desafío quirúrgico/ético. En: *¿Cómo puede salvarle la vida la sangre?* Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania: 2005. Disponible en: [http://www.watchtower.org/s/hb/index.htm?article=article\\_01.htm](http://www.watchtower.org/s/hb/index.htm?article=article_01.htm)



El 96% de los médicos informa al paciente sobre riesgos y beneficios del tratamiento o cirugía, aunque sería importante investigar si lo hacen de manera clara y entendible.

El contenido del capítulo IV de la Ley General de Salud ha tenido un gran impacto, pues los médicos saben que deben respetar la dignidad del paciente, dar información adecuada, clara y entendible, como también respetar el derecho del paciente a decidir, previa comprensión de la misma.

El 92% de los médicos señala que daría atención a pacientes testigos de Jehová, lo que indica menos discriminación que antaño y que los principios fundamentales de la bioética están llegando a los médicos. Aunque hace falta más información, más difusión de las leyes, el paternalismo está disminuyendo.

## Conclusión

De acuerdo con los resultados, podemos observar el relativo impacto de la implementación de la Ley Ge-

neral de Salud respecto de transfusiones sanguíneas en pacientes Testigos de Jehová.

Existe la necesidad de que se difunda y aplique la Ley General de Salud, que se apliquen sanciones a los que no la cumplen, sobre todo cuando se viola el respeto a la dignidad humana y la autonomía del paciente a decidir sobre su tratamiento o cirugía.

Para que la puesta en marcha de la Ley General de Salud sea efectiva, es preciso que las autoridades velen por su fiel cumplimiento y que propicien y proporcionen las condiciones para su puesta en marcha. Es necesario también que la población en general la conozca.

Este estudio puede servir de base para realizar otros similares, por ejemplo, en la atención directa del paciente.

## Agradecimientos

Al Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Fogarty Internacional Center, Grant R25 TW006056, 2009, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.

## Referencias

1. Rathe M. *La Seguridad Social*. Santo Domingo, República Dominicana: Pucmma-Pid.Re- USAID; 2001.
2. *Ley General de Salud* (42-01) Capítulo II, Sección I y II. República Dominicana: Centro de Información y Documentación para el Desarrollo. Disponible en <http://rsta.pucmm.edu.do/biblioteca/bvds/saludley.htm>
3. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(4): 949-956.
4. Del Conde A. *Una Reforma Para el Sector Salud. Clave para profesionales del Sector Salud*. República Dominicana: Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Salud (PROSISA); 2004: 26-33.

Recibido: 20 de enero de 2010

Aceptado: 13 de abril de 2010

## EL ACTO MÉDICO: ¿UNA CREACIÓN ORIGINAL? REFLEXIONES SOBRE SU ESENCIA, SURGIMIENTO Y RIESGOS A LOS QUE SE EXPONE

Mauricio Besio R.\*

**Resumen:** La medicina se constituyó como una actividad enseñable con metodología propia a partir de la escuela hipocrática. Como actividad, se relaciona con todas aquellas que buscan la producción de algo, en este caso la salud de los pacientes, considerada ésta como un bien particular de ellos. El médico entonces –como todo productor– debe traspasar una intervención existente primero en su mente a un sujeto carente de salud o en riesgo de perderla. Este trabajo busca reflexionar sobre cómo consigue el médico concebir en su intelecto una acción que, plasmada en un paciente en particular, constituya para él un efecto considerado curativo. La tesis fundamental en esta reflexión es que, además de utilizar criterios útiles para un hombre considerado universalmente, debe crear una intervención diseñada a la medida de un ser humano particular, poseedor de toda una complejidad personal.

**Palabras clave:** ética, ética médica, filosofía de la medicina, humanidades

---

### MEDICAL ACT: AN ORIGINAL CREATION? REFLECTIONS ON ITS ESSENCE, ORIGIN AND RISKS OF EXPOSURE

**Abstract:** Medicine became a teaching activity with its own methodology since the Hippocratic School. As activity, it relates to those which seek to produce something, in this case the health of patients, considering this as a particular good for them. The physician, then –as all producer– must transfer an existing intervention first in his/her mind to a subject lacking health or in risk of losing it. This study tries to reflect on how the physician achieves to imagine in his/her reasoning an action that, performed in a particular patient, it will constitute in him/her a healing effect. The fundamental thesis in this reflection is that, besides using useful criteria considering a universal human being, he/she must create an intervention designed to suit a specific human being, who has a full personal complexity.

**Key words:** ethics, medical ethics, philosophy of medicine, humanities

---

### O ATO MÉDICO: UMA CRIAÇÃO ORIGINAL? REFLEXÕES SOBRE SUA ESSÊNCIA, SURGIMENTO E RISCOS A QUE SE ESTÁ EXPOSTO

**Resumen:** A medicina se constituiu como uma atividade, resultante de ensino com metodologia própria, a partir da escola hipocrática. Como atividade, se relaciona com todas aquelas que buscam a produção de algo, neste caso, a saúde dos pacientes, considerada esta como um bem particular. Desse modo, o médico –enquanto produtor– deve ultrapassar à sua visão primeira, de intervenção junto a um sujeito carente de saúde ou em vias de perdê-la. Esse trabalho buscará refletir sobre como o médico consegue conceber uma ação que, plasmada em um paciente com suas particularidades, se constitua de efeito considerado curativo. A tese fundamental desta reflexão é mais que utilizar critérios úteis, considerados universais, para o ser humano, deve-se acreditar em uma intervenção desenhada na medida de um ser humano particular, possuidor de toda uma complexidade pessoal.

**Palavras- chave:** ética, ética médica, filosofia da medicina, humanidades

---

\* Médico Cirujano. Magíster en Filosofía. Profesor Asociado Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

**Correspondencia:** besio@med.puc.cl

## Introducción

Cuando hablamos de medicina, espontáneamente sabemos que nos referimos al cuidado de los enfermos. Incluso, cuando se rastrean los orígenes de esta actividad, se buscan evidencias en las antiguas tumbas de señales en los restos corporales que muestren signos de intentos de curación. Así se describen piernas fracturadas que fueron alineadas, reducciones de luxaciones o heridas tratadas satisfactoriamente. Siempre se ha entendido al médico como el poseedor de un cuerpo de conocimientos, teórico y práctico, que puede ser usado para tratar al enfermo.

Pareciera que lo afirmado en el párrafo anterior fuera fácilmente materia de consenso entre aquellos que, de una u otra manera, se vinculan con la actividad médica. Desde ya, no parece muy osado afirmar que, desde la aparición del ser humano como viviente racional, debe haber surgido al menos la aprehensión de algo malo que le ocurría con cierta frecuencia. Ese algo anormal, visualizado no sólo en otro sujeto sino también padecido personalmente, era vivido o percibido en el transcurso vital de los individuos. Era un evento no esperado y no deseado por el hombre, y también temido, seguramente por constatar que, en muchos casos, su aparición se asociaba gradualmente con la muerte del individuo afectado o se reproducía rápidamente en otros sujetos de la comunidad.

Ese mal constatado en otros o experimentado personalmente ha sido conceptualizado no sin dificultad a través de la historia del hombre. La aprehensión intelectual de ese hecho pudo ser fácil en algunos casos, como en accidentes que provocaban un daño estructural evidente. Sin embargo, aun el día de hoy, existen otras situaciones que impactan significativamente a las personas y no es fácil considerarlas en el mismo género de afecciones.

¿Qué es la enfermedad? ¿Qué tipo de realidad representa?, han sido preguntas que no sólo han intrigado intelectualmente a la humanidad a través de los siglos, sino que han determinado las actitudes de los hombres hacia ella(1).

Fue Hipócrates y su escuela, precedido por Alcmeón de Crotona, quien desligó la magia y la religión de la enfermedad(2:74). Por primera vez se entendió a esta como un acontecimiento que podía responder a una causalidad y una dinámica distintas de la arbitrariedad

de la acción de un poder mágico o algún dios. La manera de presentarse podía dar también luces de su causa, para evitarla o hacerla desaparecer.

Este nuevo concepto de enfermedad fue lo que permitió finalmente que se constituyera la fisiología como ciencia y la medicina como un saber práctico, con metodología propia, capaz de investigar y dar razón de su actuar y, por tanto, de ser enseñada. Se diferenció así la medicina de la filosofía(2:87)<sup>1</sup>, de las ciencias naturales y de la mera experiencia, esta última incapaz de dar explicación de sus acciones.

La medicina hipocrática se estableció entonces como un arte, separándose primero de la superstición y de la religión y luego también de la filosofía, constituyendo así un saber con su propio método(3, cap. 12)<sup>2</sup>. La investigación y la enseñanza del conocimiento adquirido dieron fe de su estatuto de saber propio de un *tekhnites* (artista, técnico)(4:19)<sup>3</sup>, capaz de dar razón de su actividad; entonces es una *tékhnē*, porque su finalidad es la obtención de un efecto guiado por un conocimiento de tipo práctico, fundado en la ciencia (*epistēmē*). No busca un conocimiento especulativo propio de la filosofía y de las ciencias particulares, pero así como todas las artes, la medicina se sirve de las demás ciencias para alcanzar su propia finalidad, de modo análogo a como la ingeniería utiliza el conocimiento de la ciencia matemática, la agronomía el de la botánica, la navegación de la astronomía o la carpintería de la geometría.

Pero no solamente necesita de algunas ciencias particulares como la biología, la anatomía o la fisiología, sino

- 1 “...los autores del *Corpus Hippocraticum* van a adoptar actitudes distintas. Tres grupos principales pueden señalarse entre ellos: 1. Los que pretenden hacer de la filosofía fundamento expreso e ineludible del saber médico (*Sobre las carnes, Sobre las ventosidades, Sobre la dieta*). 2. Los que, polemizando a veces con algún filósofo en nombre del saber médico (contra Meloso, por ejemplo, en el caso de *Sobre la naturaleza del hombre*), no vacilan en recurrir a nociones y modos de pensar más o menos “filosóficos” (*Sobre la naturaleza del hombre, Sobre los lugares en el hombre*). 3. Los que tratan de hacer de la medicina un saber independiente de la filosofía; y a la cabeza de ellos, el autor de *Sobre la medicina antigua*”.
- 2 “Lo que digo es que no se puede rechazar la medicina antigua como inexistente o que no ha investigado correctamente, por no ser exacta en todas sus modalidades. Más bien creo que, por lo muy cerca que pudo llegar de la verdad, partiendo de una gran ignorancia, son dignos de admiración sus descubrimientos, alcanzados por el camino correcto y no por azar”.
- 3 La medicina, tal como se la entendió a partir de la escuela hipocrática, es la que corresponde a una *tékhnē*, entendiendo esta como una actividad *poiética*, pero dirigida por la razón, ya que “la *tékhnē* no consiste en *hacer* las cosas, sino en *saber hacer* las cosas”.

también del aporte de otros saberes que no son ciencias. Así, la experiencia que reconocemos en algunos galenos –capaces de un diagnóstico o implementación de una terapia sin que ellos mismos puedan dar las razones que los fundamenten– atestigua que, de alguna manera, ese conocimiento es arma importante. También la prudencia –entendida como aquella disposición que perfecciona al intelecto en la elección del mejor medio para alcanzar un fin propuesto– junto con las demás virtudes morales hacen que ciertos médicos sean dignos de ejemplo y de referencia para otros(5:121)<sup>4</sup>. Por último, y siendo el hombre el objeto material de la actividad médica y su compleja realidad, podemos decir que, además de las ciencias, del conocimiento y las virtudes morales, necesita de una perspectiva que logre la aprehensión esencial del ser humano, esto para comprender los límites y exigencias éticas en el actuar del médico. Esa aproximación es el aporte de la filosofía.

La medicina, tal como la consideraron los griegos, requiere de muchos saberes para su adecuado funcionar, pero es esencialmente un arte, una *tékhnē*, con su método propio. Tiene una finalidad externa al agente y busca un efecto que pretende obtener dando razón de los medios que utiliza. Investiga, para obtener el conocimiento práctico que le permita mejor alcanzar el efecto que busca, y es capaz de enseñar y transmitir conocimientos y destrezas a otros que se inician en la actividad.

El establecimiento de la medicina hipocrática como un saber práctico fundado en la ciencia, diferente de otros saberes y especificado por esta nueva concepción de enfermedad, tuvo como consecuencia, además, la constitución de un nuevo tipo de médico, un sujeto conocedor y poseedor de los conocimientos y destrezas necesarias para realizar la labor que se le encomendaba. Así, por tanto, se obligaba a sí mismo al cumplimiento de su tarea de una manera acorde con la dignidad de ella. Nace entonces la profesión médica, con todo un bagaje de obligaciones intelectuales y de carácter moral, que rige sin grandes variaciones hasta nuestros días.

## El objeto de la medicina

Toda ciencia, todo arte, situándonos desde una perspectiva aristotélica, es especificado como tal por su objeto. Así, por ejemplo, el objeto de la biología son los seres vivos, mientras el objeto de la arquitectura son las edificaciones. Pero tanto los seres vivos como las edificaciones son también objetos de otras ciencias o artes: los vivientes de la zoología y las edificaciones de la ingeniería; luego, debemos distinguir el objeto material –referido al sujeto en cuanto poseedor de determinados aspectos– del objeto formal, referido sólo a alguno de esos aspectos o determinaciones(6:148-161).

Sin duda que el objeto material de la medicina es el hombre, el hombre completo, el hombre como viviente racional, el *Homo sapiens*, el hombre como sustancia, sujeto de cambios accidentales desde su aparición en el ser hasta su muerte o corrupción. Este hombre es también objeto material de otras ciencias o artes, como la antropología, la anatomía, la escultura, la fisiología, la política, la pedagogía etc., ahora bajo sus aspectos de cultura, estructura, estética, funcionamiento, organización social y aprendizaje, respectivamente, aspectos que van especificando las distintas ciencias y artes.

El objeto formal que especifica y distingue a la medicina de las demás artes o técnicas (*tékhnē*) referidas al hombre es, como en todas ellas, un bien que de alguna manera lo perfecciona, ya que no tendría sentido que el ser humano desarrollara un arte o técnica que lo degrade o corrompa. Es así, por ejemplo, que el arte de la pedagogía busca perfeccionar al hombre, permitiéndole que adquiera los conocimientos necesarios para un mejor desempeño en su ambiente cultural, o el arte de la política busca perfeccionarlo desarrollando aquellas disposiciones que compatibilicen sus intereses individuales con el bien común.

El bien buscado por la medicina es la salud, entendida como una perfección entitativa que le corresponde naturalmente al hombre, y que este por alguna razón a veces no posee, ya por haberla perdido o por no haberla poseído nunca. Se dirige entonces la medicina al hombre carente de aquel equilibrio somático o somático-psicológico que percibimos como salud, al hombre menesteroso de salud, *ens indigens* en el decir de Laín Entralgo(7:345), buscando –mediante la combinación del conocimiento, la observación y la experiencia clínica, más la prudencia necesaria que le confiere su sello característico, entendida así a partir

<sup>4</sup> La prudencia es una virtud intermedia entre las puramente intelectuales y las morales; se distingue de las demás virtudes intelectuales y morales y también se distingue del arte, aun perteneciendo este al entendimiento práctico, porque el fin de la prudencia es intrínseco, y el de aquél extrínseco.

del saber hipocrático(3, cap.3)<sup>5</sup>– restablecer aquel equilibrio conocido y percibido como salud.

El hombre, como objeto material, y la salud a restablecer, como su bien particular, constituyen a la medicina como actividad práctica. Pero no sólo la constituyen como tal, sino que también configuran los límites de su actividad. En efecto, el establecimiento de la medicina como un arte permite distinguir dos hechos de vital importancia para el acto médico: en primer lugar, todo arte o técnica cuyo objeto es el hombre puede –por la naturaleza de su metodología– buscar sólo el bien particular de este y difícilmente puede pretender alcanzar su bien total. En segundo lugar, los límites de su actividad están dados por la capacidad que el avance del arte le permite. Su actividad entonces se detiene cuando el método no logra alcanzar lo buscado, y también cuando, pretendiendo abarcar más allá de su salud, seguir actuando va en contra del bien total del individuo, fin último al que debieran aspirar todas las actividades humanas.

Los límites de la medicina se establecen primariamente por el objeto formal que la constituye como arte y sólo circunstancialmente por las dificultades técnicas. El primer límite es fundamental; el bien buscado por su actividad no puede contraponerse con el bien total del individuo. El médico debe poseer entonces una cierta “idea” de cuál es ese bien que finaliza al hombre, ya que sin esa noción, aun cuando sea confusa, erraría demasiadas veces insistiendo tercamente en restablecer un mero equilibrio fisiológico, en un hombre anhelante de un bien más allá de él. Justamente, lo complejo de esa idea de bien total explica el dilema ético del médico: muchas veces puede no saber si la aplicación eficaz de su arte es todo lo bueno que merece ese hombre.

La segunda limitante, referida a los medios, conocimientos y herramientas que el sanador posee en un momento determinado, y cuya insuficiencia le impide muchas veces alcanzar la salud para sus pacientes, tiene un carácter temporal. Lo limita sólo en el aquí y en el ahora, y a la vez lo estimula para seguir investigando y desarrollando su arte. Es una barrera que lo desafía

e impulsa a vencerla. Es el primer límite, en cambio, el que marca y delimita su actuar, recalcándole que no todo lo que puede hacer le corresponde, y que acepte que es nada más un médico al cual sólo corresponde la salud de su paciente, siempre y cuando no vaya en detrimento de su perfección(8).

## El hombre como paciente

Hasta este momento hemos intentado un breve resumen de lo acontecido en la historia de la medicina, haciendo hincapié en cómo se estableció este saber como actividad práctica con objeto propio. Hemos tratado también de precisar sus límites y las razones de estos. Ahora es preciso reflexionar acerca de la actividad del médico que le es más propia, es decir, lo que le corresponde verdaderamente hacer.

El médico hace medicina y su quehacer consiste en realizar acciones cuyo destino es producir salud. Recordemos que el hombre, en cuanto paciente, es un sujeto que percibe un impedimento en la consecución de los fines que se ha propuesto. Es un viviente pensante que, en el transcurso de sus planes vitales libremente trazados, capta que hay algo extraño e inesperado que amenaza su curso. Este impedimento no debe entenderse como algo externo, como una dificultad que es necesario sortear, sino como algo que emerge desde la estructura misma de ese sujeto. Esa dolencia bien pudiera ser un mal o defecto corporal, pero no es en cuanto tal que se percibe como enfermedad. Si causa aquel sufrimiento que lo hace consultar, es porque lo entiende como una amenaza a sus proyectos vitales autodeterminados.

Ese carácter de amenaza a los proyectos vitales establece entonces la dolencia o enfermedad. El impedimento interno originado en el ser mismo de este sujeto –sea o no una alteración bioorgánica– lo hace padecer, porque teme que el despliegue de sus proyectos se pueda frustrar. Por ello, fuertes dolores no se padecen a veces como enfermedad, muertes próximas en pacientes de edad avanzada no causan sufrimiento y situaciones de soledad o desamparo, en cambio, se presentan y viven como dolencias físicas(9). Es el médico el que debe buscar la forma de restablecer en su paciente el equilibrio psicológico, somático y espiritual que entendemos como salud. Ya hemos visto que la actividad del galeno corresponde al terreno de lo artístico, más específicamente a aquellas actividades en las cuales lo producido

5 “Acerca de la Medicina, pues sobre esta es mi charla, voy ahora a hacer mi disertación; y en primer término voy a definir lo que considero que es la Medicina: el apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y el no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la Medicina”. (*Sobre la medicina, Tratados hipocráticos*. Madrid: Editorial Gredos; 1983).

no es un objeto artificial sino un cambio en un ser vivo, un efecto que, en el caso de la medicina, se produce en sujetos humanos. El médico provoca un cambio en su paciente y este cambio puede ser conceptualizado como una modificación anatómica o estructural –en el caso de una intervención quirúrgica–, una modificación funcional –en el caso de la aplicación de algún medicamento que actúe sobre la actividad propia de un órgano o sistema–, o una modificación conductual por efecto de la psicoterapia.

### **El surgimiento del acto médico**

A continuación debemos analizar lo que el artista –el médico en nuestro caso– busca provocar en el paciente y cómo logra traducirlo en una o varias acciones.

El médico debe poseer, antes que todo, una cierta “idea” de lo que pretende plasmar como cambio en el sujeto que lo consulta. No es fácil de conceptualizar, pero sí podemos decir que la formación de esa idea en el intelecto del médico está relacionada con diversos aspectos o criterios.

### ***El criterio de normalidad***

En primer lugar, es menester que el médico posea una cierta concepción de lo que es “normal” en un individuo. La normalidad a la que debe hacer referencia el galeno no es fácil de establecer; ella guarda relación con criterios de frecuencia estadística, en cuanto a características físicas y funcionales de todos los individuos pertenecientes al grupo etario y racial del paciente en cuestión. Ahora, esta consideración de normalidad, aun siendo importante en la deliberación del médico antes de su decisión y que le permite compararla con los hallazgos que hace en su paciente, es sin embargo sólo parte de los elementos de juicio con los que él debe contar.

Sería por cierto completamente insuficiente la comparación de lo encontrado en el paciente con el puro criterio de normalidad. El estudio de la estructura del cuerpo humano y el funcionamiento de órganos y sistemas de la economía humana son parte importante del bagaje de conocimientos para determinar las desviaciones de esa norma; sin embargo, la existencia de variaciones cualitativas y rangos cuantitativos de normalidad impiden una consideración absoluta de este criterio. Recordemos que lo considerado como “normal” se establece sobre la base de estudios de hallazgos frecuentes

en grandes poblaciones de individuos. Si consideramos –a modo de ejemplo– un solo parámetro, como podría ser la presión arterial, veremos que los límites de normalidad se establecen, por un lado, estudiando las cifras en esas grandes poblaciones, pero también por los efectos nocivos que provoca cierta cantidad de presión arterial sobre los distintos órganos del cuerpo. Es sabido que ciertos individuos sufren esos mismos daños con cifras tensionales dentro del rango de normalidad, y otros no los padecen con cifras consideradas por todos como absolutamente anormales.

Basados en este único criterio podemos, a pesar de los reparos que posee, adelantar que el médico sí busca restablecer esa normalidad estructural o funcional. El cirujano muchas veces intenta reparar un órgano afectado o el internista incrementar la función de un sistema juzgado como disfuncionante en comparación con uno considerado normal. Pero el médico no puede lograr una rectificación anatómica o funcional perfecta a su sola voluntad, y aunque pudiese hacerlo –por el avance del conocimiento y de los recursos tecnológicos– la ausencia de un patrón de normalidad absoluto –debido a esta diversidad estructural y funcional natural en la especie humana y en todos los vivientes– hace que este criterio sea sólo relativo para la consideración de lo buscado en la acción médica. El intelecto del médico deberá encontrar entonces otros parámetros en su deliberación para elegir aquella acción particular y única que logre restablecer el sano equilibrio de un paciente.

### ***El criterio de funcionalidad operativa***

Otro criterio que el médico utiliza como “idea” del efecto que pretende provocar en su paciente es una cierta concepción de funcionalidad u operatividad integral. Conocedor de lo relativo del criterio de normalidad y también consciente de las limitaciones de su arte, debe saber que, a pesar de no poder llevar a su paciente a un estado de normalidad estructural y funcional absoluta, puede sin embargo intentar conseguir que vuelva a desenvolverse satisfactoriamente como un todo.

Muchas veces –salvo quizás frente a algunas patologías, como las provocadas por agentes infecciosos, en las cuales el galeno sí cuenta con los medios para restablecer el equilibrio somático del enfermo– el médico es incapaz de revertir la situación provocada por la *noxa* hasta la situación previa del paciente, o la que debiera

tener si nunca se hubiera visto afectado. Enfrentado a estas situaciones, debe tener en su intelecto algún plan de acción para ofrecer a su paciente.

El médico debe plasmar en su paciente un cambio tal que le permita superar lo que percibe como impedimento para el despliegue de sus planes vitales, aunque ese cambio no le signifique volver a ser –ni estructural ni fisiológicamente– como era o como debiera haber sido. Estos cambios pueden contemplar intervenciones tan simples en su salud como un distinto tipo de alimentación, más complejos, como la extirpación extensa de órganos o miembros o el reemplazo de ellos por otros donados o por artefactos mecánicos y protésicos.

La exéresis –o extirpación de algún órgano comprometido por un tumor canceroso– es un ejemplo de esto. El médico, ante el dolor que la tumoración provoca en el sujeto que le consulta o el sangrado de variable cuantía y ante el pleno convencimiento de que es incapaz de volver al paciente a sus parámetros de normalidad intenta, extirpando el órgano comprometido, que la persona afectada vuelva a una condición que le permita funcionar. En este caso el médico, aunque consciente de que su paciente no vuelve a su normalidad, sabe sin embargo que logra su curación.

Este criterio de funcionalidad operativa implica la existencia en el espíritu del médico de una idea de totalidad funcional que va más allá del funcionamiento propio de cada órgano, miembro o sistema del organismo humano<sup>6</sup>, y también de la normalidad cualitativa y cuantitativa establecida por los datos poblacionales. Esta idea de totalidad funcional le permite visualizar que, a pesar de ser capaz de provocar en su paciente un daño estructural significativo, objetivo y muchas veces irreversible, el cambio o efecto buscado corresponde al ámbito de la salud; por lo tanto, le corresponde realizarlo. Mas, aunque por cierto le ayuda en su objetivo,

este segundo criterio sigue siendo todavía insuficiente para comprender a cabalidad la idea o concepto del cambio que el médico desea para su paciente.

### *El criterio de tendencialidad*

Los dos criterios anteriores se refieren a cambios en un sujeto concebido como un ente dotado de una cierta estructura considerada como normal y de un cierto comportamiento considerado como posible y deseable. Sin embargo, nada dicen de su tendencialidad, nada dicen de un ser humano con un destino a alcanzar y enfrentado a hechos que le ayudarán y otros que dificultarán su camino.

El ser humano, como todo ser natural, es un ente proyectado hacia un fin, pero la interioridad que lo constituye –y determina ese fin– es de tal condición que su destino trasciende los límites o el ambiente natural-biológico común a sus compañeros vivientes(10:18)<sup>7</sup>. En efecto, la estructura corporal y sus facultades son formadas en el tiempo para ejercer operaciones que lo posicionan en un pie y horizonte absolutamente distinguible del resto de los vivos. Solamente esto y no su composición fisicoquímica –ni siquiera su estructura genética, sorprendentemente similar a especies consideradas inferiores, según el Proyecto Genoma Humano– puede dar cuenta de realidades tales como la cultura, la medicina, la ciencia o la filosofía, y de fenómenos como el amor donativo, la compasión, la justicia, la solidaridad o la preocupación por la acción adecuada. Su conocimiento intelectual, capaz de leer lo que son las cosas abstrayéndolas de los aspectos sensibles, le permite estar abierto a todo el universo. Su mundo es entonces infinito, limitado sólo por su necesidad de acceder a la interioridad de lo existente a través de la sensibilidad.

6 No debemos olvidar que, a pesar de que el paradigma reinante como concepto de enfermedad es el de una entidad que provoca un daño estructural o funcional de un órgano o sistema, la concepción misma de órgano o sistema no es más que una simplificación pedagógica, útil para entender cómo cada estructura hallada en la economía humana participa en el funcionamiento como un todo del organismo. Es difícil hallar una separación funcional e incluso anatómica entre, por ejemplo, el aparato circulatorio y respiratorio, y entre ellos con el sistema nervioso, excretor, endocrino y locomotor. Es entonces perfectamente posible concebir con criterios distintos sistemas separados funcionales diferentes a los actuales. Todo esto es también válido para los órganos, ya que es también difícil separar, por ejemplo, en el riñón su función excretora, circulatoria o endocrina (N. del A.).

7 La pregunta sobre la existencia o no de un plan en los seres vivos ha sido discutida desde los inicios de la biología, discusión que se intensifica desde los postulados de Darwin, quien niega la existencia de la finalidad en los vivientes, y otros para quienes ese plan es evidente. “No puede negarse, ciertamente, que los seres orgánicos constituyen una de tales máquinas incomprensibles para nosotros. Pero lo que podemos comprender en ellos es el funcionamiento en un momento dado; de momento en momento puede cambiar la máquina, pero en cada momento está completa, y el engranaje de un completo rodaje puede ser revelado a nuestra inteligencia. Entonces hemos descubierto su *conformidad al plan*.”

Si intentamos investigar las variaciones que de momento en momento sufre la máquina, nos ocupamos de la *tendencia hacia el fin* que desde el huevo origina la gallina”. (Von Uexküll J. *Ideas para una concepción biológica del mundo*. Madrid: CALPE; 1922).

Ese conocimiento intelectual o racional, que distingue al ser humano del resto en la escala de los seres vivos, le permite decidir y por lo tanto ser libre. El sentido de su operación no está garantizado por una armonía automática y por lo tanto infalible, propia de los seres desprovistos de intelecto, sino que todos sus impulsos biológicos están de algún modo bajo la razón, la que debe, entendiendo el sentido de sus propias tendencias biológicas, buscar libremente el camino que le conduzca a su plenitud.

Lo que distingue al hombre es entonces lo que lo constituye como tal, y hay que comprenderlo como un ser natural con capacidad de entender lo que son las cosas en sí mismas. Es necesario entenderlo también como un viviente terrenal con impulsos y apetencias fisiológicas, necesitado de un cuerpo y de órganos sensoriales para acceder al mundo que le es propio. Mas la armonía de sus impulsos biológicos no está asegurada, como decíamos, por una coordinación automática y preestablecida, sino que regida por un conocimiento racional, que le otorga libertad para buscar y elegir las maneras o el camino que lo actualicen completamente.

Comprender así al hombre es entenderlo como un ser viviente con un destino abierto, que, al captar el sentido de cada una de sus tendencias naturales, puede autootorgarse alcanzar su plenitud donde su razón le muestre que esté. Su libertad le permite además determinar qué le conviene y qué lo degrada y corrompe.

El médico, como persona, debe entonces poseer alguna idea de lo que es el hombre y de lo que le conviene o lo perjudica para alcanzar su destino a través del despliegue de sus potencialidades, es decir, debe tener alguna idea de lo “bueno” para él. El médico es incapaz de saber qué es todo lo bueno para un paciente en particular; no puede saber cuáles son sus aspiraciones personales ni sus temores y requiere que él se los explicite. Sin embargo, no podría conceptualizar una intervención sin tener al menos suficientemente claro lo que perfecciona a los seres humanos en general.

El médico enfrenta numerosas situaciones en las cuales el paciente solicita una intervención que lo perjudicará en su estructura psicosomática. Y el médico debe hacer un esfuerzo para explicarle los alcances de su petición. Otras veces, el tratante percibe que ciertas conductas de su paciente atentan contra el despliegue de lo que le corresponde como sujeto humano. Así como el

jardinero sabe que cierta cantidad de agua y de sol va a beneficiar a las plantas del jardín a su cuidado, el médico como persona también sabe, sin necesidad de mayor interacción con su paciente, que ciertos hábitos de alimentación o ciertas conductas sexuales lo exponen no sólo a un riesgo de salud, sino que atentan claramente contra lo que le corresponde como un sujeto de naturaleza personal.

¿Cómo podría el médico determinar esto sin saber lo que es un hombre y una mujer? ¿Cómo podría el médico concebir una intervención sin una consideración global e integral del sujeto humano? La consideración de la mujer y del hombre sólo como una estructura y funcionalidad fisiológica es insuficiente para “idear” una acción médica. Es preciso que, en su plan de acción el galeno no sólo conciba un efecto que acerque nuevamente a su paciente a lo que de alguna manera se considera como normal –o si eso no es posible le restablezca una funcionalidad en su desempeño–, sino que además le permita, le facilite –y en ningún caso le impida– el despliegue de su naturaleza humana.

La normalidad estructural y la funcionalidad operativa como criterios organizativos –con todas las dificultades que representan estos conceptos–, y junto con ellos esta consideración teleológica del sujeto humano, son entonces indispensables para que el intelecto del médico logre concebir un cambio que satisfaga el ansia del sujeto consultante, que se percibe como salud. Sin embargo, todavía estos tres elementos no son suficientes, porque no podemos olvidar que la naturaleza humana, aunque se materializa en representantes de esta especie, existe individuada en sujetos personales.

### *El paciente como sujeto único y original*

Podemos afirmar que, en definitiva, todos los individuos de la especie humana tienden a un mismo fin último y que este corresponde a su felicidad plena. Sin embargo, también podemos advertir que cada ser humano busca su propio camino para alcanzarla. La misma racionalidad que lo constituye esencialmente le permite y le obliga a determinar su andar. Cada mujer y cada hombre le da sentido a su propia existencia tomando primero conciencia de lo que le fue legado –constitución física, ambiente cultural, condición de nacimiento, etc.– y estableciendo después su propio andar mediante sus libres decisiones, sorteando, aceptando o luchando con los avatares externos. Todo este



camino constituye su biografía, existiendo una para cada individuo. La vida humana podemos entenderla como una historia en la cual cada individuo va tomando los hechos vividos como acontecimientos, en cuanto significativos para ese camino que se autotrazó (11:142-159).

Cada ser humano es entonces un universo distinto de planes, sueños, aspiraciones y metas. Cada persona es distinta en sus anhelos y preocupaciones. Cada una de ellas, además de su realidad ontológica como sujeto perteneciente a la especie humana, tiene entonces –producto de sus propias circunstancias y decisiones personales– roles y responsabilidades distintas. Cada uno percibe y se relaciona con su medio de manera diversa. Todo lo captado del mundo externo resuena en el interior de cada hombre y de cada mujer de distinta manera: un mismo paisaje o una misma mirada provocan perturbaciones internas diversas en cada persona, o un mismo hecho puede ser inadvertido para uno y puede constituir un acontecimiento importante para la vida de otro.

Este universo de realidades humanas también se presenta a la consideración de un médico. Cuando un sujeto consulta por alguna dolencia es todo este mundo diverso el que consulta. Es un individuo que no sólo tiene una determinada estructura física –que funciona adecuadamente o no–, a quien no sólo le corresponde determinar su futuro guiado por su razón, sino también es un individuo personal que es padre, madre, hermano e hijo. Tiene una actividad o profesión, tiene responsabilidades, planes, temores y preocupaciones; tiene experiencias, creencias, opiniones y certezas. Proviene de una determinada cultura con la cual se identifica. Estará, por tanto, dispuesto a someterse a ciertas acciones médicas y no a otras, porque tiene ya formada una opinión o certeza de lo que es bueno o malo para su proyecto de vida. Y es a toda esta compleja realidad a la que el médico debe “idear” una intervención, para que reestablezca ese equilibrio que percibimos como salud.

Además, cada patología es vivida de distinta manera entre un individuo y otro, dependiendo de sus características, vivencias, creencias, situaciones, perspectivas o planes personales. Cada opción terapéutica, entonces, deberá ser considerada tomando en cuenta estos aspectos. Por esto, es frecuente que un médico decida tratar de una determinada manera un trastorno específico en un paciente y decida no hacerlo –o hacerlo de otra manera– en otro. Es que el médico, más que

especialista en determinada área de la ciencia médica, debe constituirse en “especialista” de ese paciente en particular. Debe saber captar todo ese universo existente en un paciente con nombres y apellidos, y luego concebir una intervención que para esa persona en particular represente su curación. Para ello será necesario que la escuche y logre el clima de confianza necesario, de modo que ella pueda explicitarle todo aquello de su especial intimidad que le sirva al tratante para restablecer su salud.

Es aquí y no en otra parte donde cobra sentido el llamado principio de respeto por la autonomía del paciente, que no debe entenderse como que el médico deba ser el ejecutante técnico de los deseos del consultante, sino como la única manera que el médico tiene para conocer a cabalidad lo que es bueno para él. En consecuencia, el médico, aunque considere los criterios de normalidad, funcionalidad y tendencialidad genéricas del ser humano, no puede saber *ipso facto* lo que es bueno para un paciente singular. Entenderlo como el sujeto único y original que es le permitirá proponer la intervención “ideada” específicamente para él.

## Recapitulación y conclusión

Como podemos percibir en el último aspecto analizado, el médico se encuentra con una infinitud de sentimientos, aspiraciones y roles distintos, tantos como pacientes existen. Todos los criterios esbozados poseen, de alguna manera, un cierto patrón, una cierta referencia a la cual el médico puede apelar para concebir una intervención curadora. El conocimiento cierto de varias ciencias sirve de guía al intelecto del médico: la anatomía, fisiología, antropología, etc. Mas todas ellas se refieren a un hombre concebido universalmente, es decir, a todos los hombres y mujeres pero en definitiva a ninguno en particular. Esto sencillamente porque no hay ciencia humana de lo particular, o sea, no hay ciencia posible que pueda guiar al médico a “idear” una intervención que sane a un paciente particular que está revelando su intimidad única y original.

De alguna manera entonces el médico debe crear –respetando los parámetros de normalidad, funcionalidad y tendencialidad– un efecto en un individuo particular que, considerando su originalidad personal, satisfaga su aspiración de salud y se perciba con este efecto sanado. Una vez ya concebido este efecto, debe, aplicando las leyes de su oficio, plasmarlo en su paciente con prontitud y seguridad. En el acto médico existe entonces un acto

de “creación” individual, único y personal, surgido de la subjetividad del médico y dirigido específicamente a un paciente en particular.

Es esta “creación” personal, surgida del médico y dirigida a un paciente único e irreplicable, lo que se olvida cuando se intenta conceptualizar la actividad médica como desvinculada del médico, no sólo como agente moral, sino también como agente causal. La tesis de la llamada “medicina basada en evidencias”, especialmente con sus corrientes más extremas, ha penetrado lamentablemente en la teoría de la enseñanza de la medicina, con la pretensión de que la decisión del clínico es solamente el fruto de un análisis cuantificado de la experiencia recopilada en la literatura médica en grupos de pacientes –lo más parecidos posibles– al caso particular que un médico enfrenta(12).

Queda así en evidencia la dificultad que subyace en esta manera de enfrentar la decisión médica, ya que es imposible encontrar, en toda la extensión de lo publicado en la literatura médica, la respuesta a la pregunta que el médico se hizo, pues no existe ningún “buscador” electrónico que permita encontrar una respuesta para un paciente particular. No existe ni existirá jamás un trabajo metodológicamente validado que logre responderla. Naturalmente, se puede ir acotando la búsqueda a trabajos clínicos en grupos de pacientes parecidos a la realidad del paciente en cuestión, pero no podría existir un trabajo en pacientes exactamente iguales al que presenta el problema.

La razón última de la imposibilidad para encontrar en la literatura la respuesta a la pregunta que se hizo el médico radica en la originalidad e incomunicabilidad que un paciente único, con nombre y apellido, presenta como sujeto personal. El médico no puede sustraerse a ellas y, por ende, toda pregunta clínica acerca de este paciente se la hará tomando en consideración su compleja realidad, y naturalmente toda respuesta deberá contemplarla. Como no existen tipos de pacientes, toda pregunta y toda respuesta deberá ser “a la medida”, creada especialmente para esa persona en particular en sus especiales circunstancias.

También hay intentos de establecer parámetros en el ámbito de la salud pública. Para disminuir o redirigir los gastos de salud y mejorar por lo tanto la administración de los recursos siempre escasos de un país, se establecen atenciones e intervenciones “tipos” para las diversas patologías. Así, por ejemplo, los intentos para que a

pacientes que presentan una neumonía se les solicite los mismos exámenes de laboratorio y se les apliquen los mismos antibióticos. Esto se aplica también en Chile con la nueva ley que modificó las acciones de salud, estableciendo un número de patologías que tienen ciertas garantías explícitas exigibles de calidad, accesibilidad, oportunidad y costo(13). Las ventajas buscadas son evidentes. Cuando se trata de administrar recursos, es más fácil hacer presupuestos y contener costos conociendo de antemano el número de pacientes que se estima presentará una patología determinada, y cuánto costará el tratamiento de cada uno de ellos. El establecimiento de “paquetes” de atención busca conseguir ese objetivo administrativo.

Estos esfuerzos, aun con indiscutible valor administrativo, llevan a una insatisfacción en los pacientes respecto de la atención médica que reciben, debido a que si bien mejoran ciertos aspectos deficitarios de su atención de salud, se descuidan otros fundamentales para lo que ellos aspiran. El establecimiento de estas atenciones tipos, que encasillan a todos los pacientes en grupos, no considera lo que con ahínco hemos postulado y repetido –y que han repetido hasta el cansancio a través de generaciones los profesores de medicina–, respecto de que no hay enfermedades sino enfermos. No pueden establecerse por tanto atenciones tipos ni promedios, ya que el paciente requiere una respuesta sólo para él, en sus particulares circunstancias vitales. El único capaz de ofrecérsela es un médico que la “cree” para él y se la aplique utilizando la virtud de su arte.

También vemos, en el último tiempo, la implementación de medidas tendientes a reducir las llamadas “listas de espera” de enfermos con patologías susceptibles de soluciones quirúrgicas. Se contratan para ello a médicos que viajan especialmente a realizar actos quirúrgicos a pacientes que conocen recién en el pabellón de cirugía y a los que no verán más después de terminada la operación. Estos médicos actúan sólo como ejecutores de una técnica quirúrgica. A pesar de la corrección de lo dañado, la insatisfacción de esos sujetos será inevitable. Nada impedirá que cada uno de ellos sienta haber sido tratado como una máquina a la que se le cambió una parte descompuesta.

Esta reflexión no es fácil de ser explicitada y/o comprendida, y eso explica en parte que no se consideren estos temas al momento de establecer políticas sanitarias o administrativas. Sin embargo, podemos decir que en

el fondo de estas políticas subyace una consideración reducida de lo que es el paciente y por lo tanto una mujer o un hombre. La naturaleza de la acción médica requiere, para su comprensión, de un adecuado conocimiento de la naturaleza humana, de lo que es un paciente y en lo que verdaderamente consiste la relación entre él y su médico. Debemos entonces abogar para

que ese íntimo contacto interpersonal que constituye el acto médico no pierda su verdadero sentido; procurar que los valores de la profesión médica, que se actualizan cada vez que un paciente solicita atención, se mantengan aun en las intervenciones clínicas más simples y cotidianas. En definitiva, que para un médico el paciente siempre sea un individuo con la dignidad que le otorga su estatuto de persona.

## Referencias

1. Serani A. La Enfermedad Humana. *Medicina y Ética* 1999; 10(3): 333-346.
2. Lain Entralgo P. *Historia universal de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores S.A.; 1982.
3. *Sobre la medicina, Tratados hipocráticos*. Madrid: Editorial Gredos; 1983.
4. Zubiri X. *Cinco lecciones de filosofía*. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
5. Aquino T. *De las virtudes*. Santiago de Chile: Universidad de los Andes; 1997.
6. Maritain J. *Filosofía de la naturaleza*. Buenos Aires: Club de Lectores; 1980.
7. Laín Entralgo P. *Antropología médica*. Barcelona: Salvat Editores; 1985.
8. Besio M. Sobre el acto médico. *Cuadernos de Bioética* 2003; 50(14): 25-38.
9. Besio M. El feto como paciente. En: Guzmán E. (editor). *Selección en temas de ginecoobstetricia*. Santiago de Chile: Ediciones Publimpacto; 2005: 485-492.
10. Von Uexkül J. *Ideas para una concepción biológica del mundo*. Madrid: CALPE; 1922.
11. Peña Vial J. *La poética del tiempo, ética y estética de la narración*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2002.
12. Clancy C, Cronin K. Evidence-Based Decision Making: Global evidence, Local decisions. *Health Affairs* 2005; 24(1): 151-162.
13. *Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud*. República de Chile.

Recibido: 16 de enero de 2009

Aceptado: 18 de marzo de 2009

## ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN BRASIL

Paulo Roberto da Silva\*, Roberto Carlos Barrera García\*\*, Rudney da Silva\*\*\*

**Resumen:** Este artículo buscó investigar y analizar el proceso ético regulatorio de la investigación científica en Brasil. Fue realizado a través de una revisión sistemática, caracterizada como estudio bibliográfico y documental, siendo los resultados analizados con la técnica de análisis de contenido. El material jurídico levantado trata principalmente de las garantías constitucionales asociadas con la investigación científica, del sistema de regulación ética, de la definición de usuario, de las investigaciones clínicas, de las investigaciones con cooperación extranjera, de las garantías del tratamiento y diagnóstico consolidados, de las investigaciones en reproducción humana, con poblaciones aborígenes, en genética humana, de los proyectos de multicéntricos y de las bases de datos biológicas. Se puede concluir que existen leyes de protección a la investigación científica en el Brasil, estableciendo prioridades nacionales, determinando derechos y deberes de investigadores y de los sujetos de investigación. Existe un sistema nacional de regulación ética establecido por resoluciones del Poder Ejecutivo. Las resoluciones incluyen temáticas asociadas con la investigación científica, manifestándose desde las directrices mundiales acerca de la ética en investigaciones, en este caso la declaración de Helsinki.

**Palabras clave:** ciencia, investigación, bioética, legislación, jurisprudencia

---

### ETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF SCIENTIFIC RESEARCH IN BRAZIL

**Abstract:** This article has searched and analyzed the regulatory process of the ethics of scientific research in Brazil. The methodology consisted in a systematic review, characterized by a bibliographical and documental study, results being analyzed by the content analysis technique. Legal documents studied dealt mainly with constitutional guarantees associated with scientific research, system of ethics regulation, definition of user, clinical investigations, investigations with foreign cooperation, treatment and diagnosis safeguards, human reproduction research, research with aboriginal populations, human genetics research, multicenter projects and biological data bases. It can be concluded that there are protection laws for scientific research in Brazil, establishing national priorities, determining researchers and research subjects rights and duties. There is a national system of ethics regulation established by resolutions of legislative power. Resolutions include diverse topics associated with scientific research, in line with world guidelines for research ethics, in this case the Helsinki Declaration.

**Key words:** science, research, bioethics, legislation, jurisprudence

---

### ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA CIENTÍFICA NO BRASIL

**Resumo:** Este artigo buscou investigar e analisar o processo ético regulatório da pesquisa científica no Brasil. Foi realizado por meio de uma revisão sistemática, caracterizado como estudo bibliográfico e documental, sendo os resultados analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. O material jurídico levantado trata principalmente, das garantias constitucionais associadas à pesquisa científica, do sistema de regulação ética, da definição de usuário, das pesquisas clínicas, das pesquisas com cooperação estrangeira, das garantias do tratamento e diagnóstico consolidados, das pesquisas na reprodução humana, das pesquisas com populações indígenas, das pesquisas em genética humana, dos projetos multicêntricos e das bases de dados biológicas. Pode-se concluir que existem leis de amparo à pesquisa científica no Brasil, estabelecendo prioridades nacionais, determinando direitos e deveres dos pesquisadores e dos sujeitos de pesquisa. Existe um sistema nacional de regulação ética; todavia estabelecido por resoluções do poder executivo. As resoluções incluem diversas temáticas associadas com a investigação científica, incluindo as diretrizes mundiais acerca da ética em pesquisa, considerando até a Declaração de Helsinki.

**Palavras-chave:** ciencia, investigação, bioética, legislação, jurisprudencia

---

\* Lic. en Direito, Investigador, Universidad do Vale do Itajaí, Brasil

Correspondencia: pauloroberto-adv@hotmail.com

\*\* Lic. en Educación Física, Investigador, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Brasil

Correspondencia: fisioex@gmail.com

\*\*\* Lic. en Educación Física, Investigador, Universidad del Estado de Santa Catarina, Brasil

Correspondencia: rudney@udesc.br

## Introducción

La investigación científica ha crecido exponencialmente en todo el mundo en las últimas décadas. Estudios han demostrado que Estados Unidos de América, la Comunidad Europea y Japón poseen más de dos tercios del total de la producción científica actual. Brasil se ha destacado en el escenario mundial, teniendo el 8% del total de conocimiento producido, ocupando la 9ª posición entre los países con mayor dinamismo de crecimiento y la 17ª posición mundial(1,2).

Uno de los factores que legitiman el crecimiento científico es la creación, en las dos últimas décadas, de legislación que fomenta, prioriza y promueve el desarrollo científico y tecnológico, determinando inclusive tratamiento prioritario a la investigación básica en Brasil. No obstante, a pesar de que el aumento de investigaciones científicas en Brasil no se limita a una única ciencia o área de conocimiento humano, se verifica la acentuación en el crecimiento de las investigaciones tecnológicas y relacionadas con las ciencias biológicas y la salud.

Este fenómeno ocurre por factores políticos, sociales y principalmente económicos, pues el modo de producción de conocimientos se relaciona con el de producción de bienes y servicios(3,4), principalmente en las universidades, exigiendo así que se dedique escasa atención a los derechos humanos en el ámbito de esta institución(5).

Entendiéndose que el modo productivo no tiene como prioridad la dignidad de la persona humana, se revela así la necesidad de un sistema ético de control social de la investigación científica, con amplio apoyo legal, que no adopte aptitudes exclusivamente restrictivas, pero que tampoco presente posturas ingenuas o simplistas sobre el proceso de producción del conocimiento humano.

Considerando lo expuesto, este artículo tiene como objetivo investigar y analizar el proceso ético regulatorio de la investigación científica en el Brasil. Expone las leyes fundamentales y complementarias de la legislación brasileña sobre la investigación científica, analiza las resoluciones que establece el sistema brasileño de regulación ética de la investigación y discute las características del desarrollo científico brasileño.

## Método

Este artículo se caracterizó como un estudio bibliográfico y documental, realizado por medio de una revisión

sistemática, principalmente en fuentes primarias de datos documentales y bibliográficos(6,7).

La identificación, selección, análisis y discusión de los materiales compilados fue orientada por un cuadro operacional de indicadores construidos para este trabajo(7). Fueron seleccionados y analizados artículos científicos y reglamentaciones disponibles en Internet. Se desarrolló en cuatro etapas: 1) identificación y selección de la base de los datos científicos; 2) selección de artículos sobre los temas seleccionados; 3) identificación y selección de la base de datos jurídicos, y 4) levantamiento y análisis de las legislaciones y reglamentaciones brasileñas.

La primera etapa procuró la selección de los sitios/bases de datos que atendiesen a tres criterios de inclusión: ser caracterizados como una base de datos científicamente confiables; ofrecer gratuita e integralmente materiales electrónicos y ser presentados en lengua portuguesa. De este modo, se seleccionó la base de datos *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, una biblioteca electrónica que envuelve una colección seleccionada de periódicos científicos brasileños, permitiendo así identificar las citas en sus artículos.

La segunda buscó artículos que dieran soporte para la discusión teórica al estudio, por medio de los descriptores “ética” y “producción científica”, identificando 53 artículos. A partir de esta selección, se realizó un análisis preliminar de artículos que atendiesen básicamente a dos criterios: fecha de publicación entre enero de 2005 y enero de 2009 y relevancia del artículo a las temáticas investigadas. Este procedimiento permitió identificar seis estudios relevantes a la investigación.

La tercera buscó la selección de bases de datos jurídicos que atendiesen a dos criterios de inclusión: ser caracterizada como una base de datos o sitio electrónico oficial del gobierno brasileño y disponer gratuita e íntegramente normas y leyes en formato electrónico. De esta manera, se seleccionó el sitio electrónico de la Comisión Nacional de Ética en Investigación y la base de la Legislación Federal de Brasil.

La cuarta etapa buscó el levantamiento y análisis de las resoluciones y leyes brasileñas. La selección ocurrió por medio de tres pasos; 1) búsqueda simple de reglamentación por medio de los descriptores “ética”, “investigación” y “ciencia”, lo que permitió la identificación de 42 documentos; 2) análisis preliminar de las reglamentaciones que atendiesen básicamente a

dos criterios de análisis: a) relevancia del artículo de acuerdo con los descriptores investigados; b) presencia de términos relacionados con los descriptores investigados, procedimiento que permitió seleccionar 28 documentos; 3) estudio minucioso de la legislación por medio de análisis crítico de los contenidos presentados, procedimiento que permitió identificar 19 documentos, agrupados en tres estratos: a) legislaciones fundamentales (n=01 casos); b) legislaciones complementarias (n=03 casos); c) resoluciones (n=15 casos).

Las informaciones fueron analizadas con apoyo del cuadro operacional, utilizando las herramientas de unidades de significancia y reagrupamiento temático de la técnica de análisis de contenido(8).

## Resultados

### 1. Ciencia y legislación fundamental

El levantamiento documental permitió identificar siete Constituciones del Estado brasileño anteriores a la actual, incluyendo sus enmiendas y alteraciones realizadas por asambleas constituyentes o imposiciones de actos institucionales. Así, se constató que la ciencia fue tratada de diferentes maneras a través los tiempos, siendo considerada desde apenas una única garantía de enseñanza en los colegios y en las universidades(9), pasando por todas las restricciones posibles en un gobierno militar(10) hasta ser considerada una prioridad del gobierno brasileño(11).

La Constitución actual de la República Federativa de Brasil(11), promulgada en 1988, después del último gobierno militar, establece en sus principios fundamentales que el país se constituye en un Estado democrático de derecho que tiene como fundamento la dignidad de la persona humana (artículo 1º, inciso III) y que se asegura la libre expresión de la actividades intelectuales y científicas, independientemente de censura o permiso (artículo 5º, inciso IX).

En relación con el sistema único de salud, además de otras atribuciones previstas en los términos de la ley magna(11), se constata la obligación de incrementar en su área de actuación el desarrollo científico y tecnológico (artículo 200, inciso V). Respecto de la enseñanza superior, se verifica que las universidades gozan de autonomía didáctico-científica y que deben obedecer al principio de indisolubilidad entre enseñanza, investigación y extensión, cabiéndoles todavía la posibilidad

de admisión de científicos extranjeros, bajo la forma de la ley (artículo 207, parágrafo 1º). Para esto, se prevé que la ley establecerá el plan nacional de educación de duración plurianual, procurando la articulación y el desarrollo de la enseñanza en sus diversos niveles y la integración de las acciones del poder público que conducirán a, entre otros, la promoción científica y tecnológica (artículo 214, inciso V), estableciendo que constituyen patrimonio brasileño las creaciones científicas y tecnológicas (artículo 216, inciso III), así como los conjuntos urbanos y sitios de valor científico (artículo 216, inciso V).

La Constitución Federal de 1988 (11) dedica el capítulo V específicamente a la ciencia y tecnología. Para esto, se constata que el Estado promoverá e incentivará el desarrollo científico, la investigación y la capacitación tecnológica y que la investigación científica básica recibirá tratamiento prioritario del Estado para el progreso de las ciencias (artículo 218, parágrafo 1º). De esta forma, determina que la investigación tecnológica deberá dedicarse preponderantemente a la solución de problemas brasileños y al desarrollo del sistema productivo nacional y regional (artículo 218, parágrafo 2º).

La formación de recursos humanos en las áreas de ciencias, investigación y tecnología, prevista en la Constitución brasileña(11), será apoyada por el Estado, que concederá medios y condiciones especiales de trabajo a los que de ella se ocupen (artículo 218, parágrafo 3º). Serán estimuladas las empresas que inviertan en la investigación y en la creación de tecnología adecuada al país (artículo 218, parágrafo 4º), así como es facultativo de los Estados y del Distrito Federal destinar parte de sus recursos a las investigaciones científicas y tecnológicas (artículo 218, parágrafo 5º). El mercado interno, que integra el patrimonio nacional, será incentivado de modo de viabilizar la autonomía tecnológica del país (artículo 219).

### 2. Ciencia y legislaciones complementarias

El Código Penal brasileño(12), aprobado en 1940 y que entró en vigor a partir de 1942 hasta la actualidad, determina que no constituye injuria o difamación la opinión desfavorable de, entre otras, la crítica científica (artículo 142, inciso II). Acerca de la protección a la vida y a la dignidad, que pueden ser afectadas por investigaciones científicas, se constata que la acción de provocar la muerte de alguien es crimen punible con reclusión y que será calificado si es cometido por

otro motivo “torpe” o “banal” (artículo 121); prevé detención provocar lesión corporal a través de la ofensa a la integridad corporal o a la salud de terceros. La lesión corporal grave, que resulte en incapacidad para ocupaciones habituales, peligro de vida, debilidad permanente de miembros, sentidos o funciones, y si resulta en incapacidad permanente para el trabajo, enfermedades incurables, pérdida o inutilización de miembro, sentido o función, deformidad permanente o aborto, es punible con reclusión (artículo 129, párrafo 2º, inciso I-V).

El Código de Propiedad Intelectual de 1996(13) establece que no se considera invención ni modelo de utilidad, entre otros, los descubrimientos de teorías científicas y métodos matemáticos (artículo 10, inciso I), y obras científicas (artículo 10, inciso IV). Con relación a la patente, su titular no tiene derecho de impedir a terceros no autorizados utilizarla con finalidad experimental relacionada con estudios o investigaciones científicas o tecnológicas (artículo 43, inciso II). No son registrables como marcas, entre otros, obras científicas y títulos protegidos por derechos de autor y que sean susceptibles de causar confusión o asociación, salvo con consentimiento del autor o titular (artículo 124, inciso XII), ni otro termino técnico usado en la ciencia que tenga relación con el producto o servicio a distinguir (artículo 124, inciso XIII). Se constata que el titular de la marca no podrá impedir la citación de la marca en una obra científica o en cualquiera otra publicación si se usa sin connotación comercial y sin daños para su carácter distintivo (artículo 132, inciso IV).

El Código Civil de 2002(14) determina que es válida, con objetivos científicos o altruistas, la disposición gratuita del propio cuerpo, en todo o en parte, para después de la muerte (artículo 14). El código no considera empresario a quien ejerce profesión intelectual de naturaleza científica, así como con el concurso de auxiliares o colaboradores, salvo si el ejercicio de la profesión constituye elemento de empresa en términos de las leyes (artículo 966, párrafo único).

### **3. Ciencia, bioética y normas reglamentarias**

#### **Sistema ético-regulatorio**

La Resolución nº 001/1988/CNS(15) regulaba la acreditación de centros de investigación en Brasil y recomendaba la creación de comités de ética en investigación en cada localidad del país. Esta resolución trataba

de investigación científica, de ética y sus implicaciones, de las competencias de los órganos estatales, de las empresas privadas y de los investigadores, de las exigencias institucionales, físicas y humanas para la realización de la investigación científica, de la creación de la figura del comité de ética, de los derechos y deberes del investigador y del investigado –principalmente menores de edad, mujeres, individuos con capacidad reducida de autonomía (estudiantes, militares, entre otros), incluyendo parte o sus componentes orgánicos–, así como también contemplaba las investigaciones que involucraban procedimientos radioactivos, entre otros aspectos.

La Resolución nº 170/1995/CNS(16) propone la creación de un grupo ejecutivo de trabajo del Ministerio Brasileño de Salud, conectado con el Consejo Nacional de Salud, para revisar y actualizar la Resolución nº 001/1988/CNS(15), además de designar renombrados miembros de las áreas relacionadas con la investigación científica en Brasil, incluyendo representantes de la Comisión Intersectorial de Ciencia y Tecnología del Consejo Nacional de Salud y de la Confederación Nacional de la Industria.

La Resolución nº 173/1995/CNS(17) buscaba determinar que el proceso de revisión y actualización de la Resolución de 1988 fuera desarrollado en observancia del plan de trabajo aprobado por el Plenario del Consejo Nacional de Salud, que tenía por objeto: la revisión de los aspectos éticos de la investigación en salud con seres humanos, objetivando la actualización y buscando resolver las lagunas existentes en dicha resolución; la normalización separada de algunos campos temáticos de alta relevancia y que no estaban siendo contemplados o se encontraban mezclados en la resolución; definiciones sistemáticas de su operacionalización, asegurando los mecanismos de implantación, implementación y acompañamiento de las normas de investigación en salud que incluían seres humanos. El plan preveía también los procedimientos a seguir.

La Resolución nº 196/1996/CNS(18) aprueba las directrices y normas reglamentarias de las investigaciones que involucran seres humanos en Brasil, creadas por el grupo de trabajo instituido por las resoluciones nºs 170/1995/CNS(16) y 173/1995/CNS(17). Para esto, presenta términos y definiciones necesarias para la normalización de la nomenclatura; aborda los aspectos éticos de la investigación que incluye seres humanos, así como también da garantías fundamentales al sujeto de

investigación; ofrece informaciones detalladas sobre la elaboración y obtención de consentimientos informados, inclusive con una relación de los ítems básicos que deben componer este instrumento; detalla los riesgos y formas de reducirlos, además de los aspectos relacionados con los beneficios de la investigación científica con seres humanos; define los criterios necesarios para la presentación, apreciación, análisis y aprobación de los protocolos de investigación, e informa la necesidad de someter las investigaciones con seres humanos a un comité de ética de la investigación acreditado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, estableciendo su organización, composición y funcionamiento, incluyendo sus atribuciones y actuación. Crea también la Comisión Nacional de Ética en Investigación y define su composición y atribuciones. Por último, presenta la operacionalización inherente a los investigadores, comités de ética y Comisión Nacional de Ética en Investigación.

La Resolución nº 370/2007/CNS(19), complementando la nº 196/1996/CNS(18), trata del registro, acreditación y renovación de los comités de éticas brasileños. Establece los procedimientos y condiciones mínimas para este fin, principalmente en lo que se refiere a las reglas operacionales de protocolización, recibimiento, manipulación, análisis, parecer y almacenamiento de los protocolos sometidos al Comité de Ética en Investigación, además de las condiciones humanas, físicas, organizacionales, materiales y de información. Determina plazos de regularización, composición, vinculación administrativa y garantía de ausencia de conflictos de interés de cualquier tipo y de actuación independiente y autónoma de los miembros de los comités de ética vinculados al sistema.

### Definición de usuario

La Resolución nº 240/1997/CNS(20), complementando la nº 196/1996/CNS(18), resuelve que el término "usuario" se aplica a una interpretación amplia, contemplando colectividades múltiples que se benefician con el trabajo desarrollado por la institución, y que los representantes de usuarios son personas capaces de expresar puntos de vistas e intereses de individuos y/o grupos sujetos de investigación de determinada institución. Esta resolución establece también que los representantes de usuarios piensen en los intereses colectivos y públicos diversos, en instituciones de referencia para

públicos o patologías específicos, y que deben necesariamente pertenecer a la población-objetivo de la unidad o al grupo organizado que defienda sus derechos. En los locales donde existan foros o consejos de entidades representativos de usuarios portadores de patologías y deficiencias, cabe a estas instancias indicar los nombres de los representantes de usuarios para los comités de ética en investigación, los cuales deben ser informados al Consejo Municipal correspondiente.

### Investigación clínica

La resolución nº 251/1997/CNS(21), complementando la nº 196/1996/CNS(18), aprueba normas de investigación con seres humanos para el área temática de investigación con nuevos fármacos, medicamentos, vacunas y pruebas diagnósticas. Para esto, establece que deben ser respetadas las normas, resoluciones y leyes pertinentes del poder público. Determina también los cuidados necesarios para la preservación de la dignidad y el bienestar de los sujetos de investigación, y las bases científicas necesarias para el desarrollo de este tipo de investigación. Dedicar atención a las exigencias necesarias para que nuevos productos constituyan avance significativo respecto de los ya existentes. Presenta términos y definiciones necesarias a la normalización científica, a las responsabilidades del investigador y a las exigencias de los protocolos de investigación sobre nuevos fármacos, medicamentos, vacunas y pruebas diagnósticas. Define también las atribuciones del Comité de Ética en Investigación y la forma de operacionalización del Comité, inherente a la Comisión Nacional.

### Cooperación extranjera

La Resolución nº 292/1999/CNS(22) complementaba la nº 196/1996/CNS(18) y está actualmente anulada. Esta resolución definía cómo entender la cooperación extranjera y excluía ciertas investigaciones que no entraban en esta área temática especial. Determinaba también que los gastos y beneficios inherentes a la investigación debían ser distribuidos equitativamente entre los involucrados, así como la necesidad de atención a las normas y disposiciones legales sobre envío de materiales al exterior y a las que protegen la propiedad industrial y/o transferencia tecnológica, además de todas las implicaciones de la investigación científica de esta área temática especial.



## Garantías de tratamiento y diagnóstico consolidados

La Resolución nº 301/2000/CNS(23) establece la mantención integral de la garantía del mejor tratamiento diagnóstico o terapéutico comprobado en cualquier estudio médico y a todos los pacientes, incluyendo aquellos del grupo control. Se manifiesta contraria a las alteraciones, sobre todo a aquellas referentes al uso de placebo, frente a la existencia de métodos diagnósticos y terapéuticos comprobados. Solicita también a la Sociedad Médica Brasileña que la posición expuesta sea remitida a los organizadores de la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial.

La Resolución nº 404/2008/CNS(24) determina que al final del estudio todos los pacientes participantes deben tener asegurado el acceso a los mejores métodos comprobados, profilácticos, diagnósticos y terapéuticos, identificados por el estudio. Sostiene también que beneficios, riesgos, dificultades y efectividad de un nuevo método deben ser probados comparándolos con los mejores métodos profilácticos, diagnósticos y terapéuticos actuales, sin que se excluya el uso de placebo o tratamiento en estudios donde no existan métodos probados de prevención, diagnósticos o tratamiento. La resolución finaliza con la propuesta de que se expanda el acceso a cuidados de salud y a los productos que se presenten eficaces para todos los que lo necesiten.

## Reproducción humana

La Resolución nº 303/2002/CNS(25), complementando la nº 196/1996/CNS(18), aprueba normas sobre investigación en reproducción humana, presentando las atribuciones del Comité de Ética en Investigación sobre reproducción humana asistida, anticoncepción, manipulación de gametos, preembriones, embriones y fetos, además de medicina fetal, así como las implicaciones relacionadas con este tipo de investigación. Determina también que el Comité de Ética debe examinar el protocolo, elaborar el parecer y enviar ambos a la Comisión Nacional de Ética en Investigación con la documentación completa, conforme se establece en la Resolución nº 196/96/CNS(18), correspondiendo a esta instancia federal la aprobación final del protocolo. Queda delegada al Comité de Ética la aprobación de las investigaciones en otras áreas de reproducción humana. Establece que en estas investigaciones serán considerados “sujetos de investigación” todos los afectados por los procedimientos de la misma.

## Poblaciones indígenas

La Resolución nº 304/2002/CNS(26), complementando la nº 196/1996/CNS(18), aprueba normas sobre investigación en pueblos indígenas. Para esto presenta términos y definiciones necesarias, destacando diferentes aspectos éticos de esta clase de investigación y sus implicaciones físicas, psíquicas y sociales. Define las exigencias necesarias de estos protocolos, además de enfatizar en la protección de los implicados. Presenta también las atribuciones de la Comisión Nacional de Ética en Investigación y de los comités de ética catastrados, además de la Comisión Intersectorial de Salud del Indio.

## Genética humana

La Resolución nº 340/2004/CNS (27), complementando la nº 196/1996/CNS(18), presenta términos y definiciones de la genética humana, destacando diferentes aspectos éticos de esta clase de investigación, las exigencias de los protocolos de investigación en esta área temática especial, la elaboración y obtención del consentimiento informado, además de las atribuciones y funcionamiento de los comités de ética y de la Comisión Nacional de Ética en Investigación. Esta resolución contempla también diversos aspectos polémicos sobre genética humana y que son constantemente asociados con la discusión ética.

## Proyectos multicéntricos

La Resolución nº 346/2005/CNS (28), complementando la nº 196/1996/CNS(18), anula la reglamentación de la resolución 292/1999/CNS(22). Para esto presenta una definición de lo que la Comisión Nacional de Ética en Investigación entiende como proyectos multicéntricos, informando sobre la tramitación de protocolos en esta área y presentando procedimientos de envío, análisis y aprobación de los protocolos en los comités de ética en investigación y en la Comisión Nacional. Además, la relación y atribuciones de los centros participantes, el envío del parecer final y las implicaciones de las ocurrencias de evento adverso.

## Banco de datos biológicos

La Resolución nº 347/2005/CNS (29), complementando la nº 196/1996/CNS, establece que para proyectos de investigación que busquen el almacenamiento de materiales biológicos humanos para investigaciones

futuras, además de los puntos previstos en la Resolución nº 196/1996/CNS(18), deben ser atendidas las directrices específicas para análisis éticos de proyectos de investigación de esta área, presentar la norma o el reglamento de la institución depositaria para el almacenamiento de materiales biológicos humanos, basados en los ítems identificados en la resolución, el período de almacenamiento, el papel de las instituciones implicadas y, en caso de almacenamiento o formación del banco de material biológico en el exterior, la obediencia a la legislación vigente, además del número de cotas del investigador brasileño y los procedimientos para el uso futuro de las muestras almacenadas.

## Discusión

En Brasil existe una pirámide jurídica legal que define la jerarquía de las normas, siendo la Constitución Federal la considerada la Ley Máxima y las demás normas como infraconstitucionales(30). Considerando que la Constitución de un país es su ley máxima(31), se puede constatar que la ciencia es una actividad legalmente garantizada en Brasil, posibilitando investigaciones que pueden variar entre diversas temáticas. Entretanto, el ejercicio de la investigación no exime al científico de las responsabilidades inherentes a la protección de la dignidad de la vida humana, responsabilizando así a todos los que abusaren de sujetos humanos. Se constata también que la ciencia básica y la investigación tecnológica son prioridades gubernamentales del Estado brasileño.

Considerando las garantías fundamentales previstas en las leyes, no se pueden ignorar los antagonismos entre un modo de producción de bienes y servicios y el modo de producción de conocimientos, que en el Brasil sucede casi exclusivamente en las universidades(32:8-14). Asimismo, deben tenerse en cuenta las investigaciones de organismos privados, por ejemplo aquellos vinculados a las investigaciones clínicas de nuevos fármacos. Se puede afirmar que la universidad se viene convirtiendo en rehén de las directrices impuestas por el mercado, ya que se sustenta económicamente en el modelo actual que exige soluciones prácticas(32:6).

Ya en la década de los 80, este fenómeno colocaba a la universidad en una posición bastante incómoda porque, considerando su función técnica y crítica frente a la producción de conocimientos, comprometía su

propia existencia independiente. Se destacan en este fenómeno el modelo económico vigente, las exigencias del mercado, la desvalorización de los conocimientos básicos, la sobrevaloración de los conocimientos aplicados y la exacerbada consideración del conocimiento tecnológico, entre otros(3).

Al llevar a la universidad a producir con mayor énfasis soluciones prácticas –al modo de producción de bienes y servicios–, el poder económico obliga a la universidad a dejar de fomentar y promover la producción de conocimientos científicos básicos, principalmente aquellos que supuestamente no interesan al modo de producción.

Esta discordancia entre las exigencias del mercado y las de la universidad restringe el acceso al conocimiento científico y tecnológico a una parte estrecha de la población, pudiendo inclusive llevar a la futura desestructuración de las instituciones sociales y a la disminución del estatus de dignidad de la vida humana.

Es necesario que exista un sistema ético regulatorio que otorgue garantías de respeto y de protección del sujeto humano de investigación a partir de organismos de control social. Este papel intransferible del Estado brasileño debe ser ejercido por todos los implicados en el proceso de producción científica, pues no se puede pretender que organismos privados –cuyo objetivo es la generación de lucro y acumulación de capital– lo prioricen, dado que su meta principal no se encuentra en el beneficio humano.

Considerando las resoluciones investigadas a través de la revisión sistemática de la literatura jurídica, se puede inferir que en Brasil existe un sistema formal de regulación ética de investigación científica con seres humanos que incluye diferentes temáticas, abordando desde la definición de usuario y sus implicaciones hasta las directrices para el desarrollo de las investigaciones clínicas, que en todas las partes del mundo sufren severas regulaciones. Se abordan también temáticas de interés de soberanía nacional, como la cooperación extranjera en estudios desarrollados en el país, garantías de tratamiento y diagnóstico consolidados, reproducción humana, poblaciones indígenas, proyectos multicéntricos, bancos de datos biológicos y genética humana, los cuales, con los avances biotecnológicos actuales, vienen configurándose como uno de los eventos de acentuada relevancia ético-regulatoria(33).

## Agradecimientos

Este artículo fue realizado con el apoyo institucional del Comité de Ética en Investigaciones con Seres Humanos vinculado al Gabinete del Rector de la Universidad del Estado de Santa Catarina.

El estudio obtuvo una beca integral de estudios de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco, en el Curso de Introducción a la Ética de Investigación en Seres Humanos, del Programa de Educación Permanente en Bioética de la Red Latinoamericana de Bioética, 2007-2008.

## Referencias

1. Castiel LD, Sanz-Valero J. Entre fetichismo e sobrevivência: O artigo científico é uma mercadoria acadêmica? *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(12): 3041-3050.
2. Glänzel W, Leta J, Bart T. Science in Brazil. Part 1: A macro-level comparative study. *Scientometrics* 2006; 67(1): 67-86.
3. Bunge M. *Ciência e desenvolvimento*. São Paulo: EDUSP; 1980.
4. De Tomasi L, Warde MJ, Haddad S. *O banco mundial e as políticas educacionais*. São Paulo: Cortez; 1988.
5. Amador FS. Ética e direitos humanos na e pela pesquisa e extensão universitárias. *Revista do Departamento de Psicologia* 2005; 17(2): 109-117.
6. Richardson RJ, Peres JAS. *Pesquisa Social: Métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1999.
7. Laville C, Dione J. *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2000.
9. Brazil. Constitution Politic of Empire of 1824. Pub. L. 4º of Laws, License and Imperials Letters, 17 (April 22, 1824) (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://legislacao.planalto.gov.br/>.
10. Brazil. Constitution of Federative Republic of 1969. Pub. L. Official Diary, (October 20, 1969) (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://legislacao.planalto.gov.br/>.
11. Brazil. Constitution of Federative Republic of 1988. Pub. L. Union Official Diary, (October 5, 1988) (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://legislacao.planalto.gov.br/>.
12. Law-Decree 2.848, Penal Code. Pub. L. Union Official Diary, (December 31, 1940).
13. Law 9.279, Intellectual Property Code. Pub. L. Union Official Diary, (May 15, 1996).
14. Law 10.406, Civil Code, Pub. L. Union Official Diary, (January 11, 2002).
15. Resolution 01. Council National Health. (June 13, 1988). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
16. Resolution 170. Council National Health. (November 9, 1995). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
17. Resolution 173. Council National Health. (November 9, 1995). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
18. Resolution 196. Council National Health. (October 10, 1996). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
19. Resolution 370. Council National Health. (March 10, 2007). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
20. Resolution 240. Council National Health. (June 5, 1997). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
21. Resolution 251. Council National Health. (August 7, 1997). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
22. Resolution 292. Council National Health. (July 8, 1999). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
23. Resolution 301. Council National Health. (March 16, 2000). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
24. Resolution 404. Council National Health. (March 8, 2008). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.

25. Resolution 303. Council National Health. (July 6, 2000). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
26. Resolution 304. Council National Health. (August 10, 2000). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
27. Resolution 340. Council National Health. (July 8, 2004). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
28. Resolution 346. Council National Health. (January 13, 2005). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
29. Resolution 347. Council National Health. (January 19, 2005). (updated 2009 Mar 11; cited 2009 Feb 1). Available from: <http://conselho.saude.gov.br/>.
30. Silva FV. A lei processual. *Buscalegis* (serial online) 2008 (cited 2009 Feb 1);0 (0): (17 screens). Available from: URL: <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas>
31. Pedra AS. Interpretação e aplicabilidade da Constituição: em busca de um Direito Civil Constitucional. *Buscalegis* (serial online) 2008 (cited 2009 Feb 1);0 (0): (22 screens). Available from: <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas>.
32. Singer P. Poder, política e educação. *Revista Brasileira de Educação* 1994; 1(1): 5-15.
33. Clotet J. Bioética como Ética Aplicada e Genética, *Bioetica* (serial online) 1997 (cited 2009 Feb 1);5 (2): (12 screens). Available from: <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind2v5.htm>.

Recibido: 7 de abril de 2009

Aceptado: 18 de junio de 2009

## ANÁLISE QUALITATIVA DO CONTEÚDO MINISTRADO NA DISCIPLINA DE BIOÉTICA NAS FACULDADES DE ODONTOLOGIA BRASILEIRAS

Patricia Elaine Gonçalves, Cléa Adas Saliba Garbin, Artênio José Ispere Garbin, Nemre Adas Saliba\*

**Resumo:** O estudo consiste em uma análise qualitativa do conteúdo ministrado pela disciplina de Bioética nas Faculdades de Odontologia Brasileiras. A coleta de dados ocorreu por meio de questionários semi-estruturados enviados por e-mail e correspondência. Empregou-se a análise de conteúdo, pela técnica de análise categorial, conforme preconizado por Bardin. Dentre as 182 Faculdades de Odontologia em atividade no Brasil, apenas 57 (31,3%) apresentam na sua grade curricular a disciplina Bioética. Observou-se que a disciplina é ministrada geralmente no primeiro ou último ano do curso. Os principais assuntos abordados na disciplina são dilemas bioéticos (76,3%) que tratam principalmente sobre questões polêmicas e atuais como clonagem, aborto, transplante de órgãos, atendimento do paciente portador de HIV e ainda sobre o histórico da bioética (65,8%), fundamentos, princípios e modelos bioéticos (57,9%). 84,4% dos professores pesquisados mencionam que a disciplina de bioética desperta interesse nos alunos, por ser atual e estar voltada também para a relação profissional-paciente. Concluiu-se que essa disciplina trata, em seu conteúdo, de temas atuais e polêmicos que influenciam na formação do cirurgião-dentista, pois promove ao mesmo tempo a consciência e a responsabilidade do seu papel frente à atenção em saúde bucal. Ademais, a mesma deve ser implantada, especificamente, no primeiro ano, em todos os cursos de graduação em Odontologia.

**Palavras-chave:** ensino superior, odontologia, bioética

---

### ANÁLISIS CUALITATIVO DEL CONTENIDO DE LA DISCIPLINA DE BIOÉTICA EN LAS FACULTADES DE ODONTOLÓGIA BRASILEÑAS

**Resumen:** El estudio comprende un análisis cualitativo de los contenidos de las clases de bioética en las facultades de odontología. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios semiestructurados enviados por correo electrónico y correspondencia. Empleamos el análisis de contenido y la técnica de análisis por categorías, según lo recomendado por Bardin. Entre las escuelas dentales, 182 en operación en Brasil, sólo 57 (31,3%) tienen bioética en su currículo. Se observó que la disciplina se da generalmente en el primer año o final. Los temas principales de este curso son los dilemas bioéticos (76,3%), que tratan principalmente sobre cuestiones actuales y controversiales, como la clonación, el aborto, el trasplante de órganos, la atención de los pacientes con VIH y la historia de la bioética (65,8%), los fundamentos, principios y modelos de la bioética (57,9%). El 84,4% de los docentes encuestados mencionó que la disciplina de la bioética despierta el interés en los estudiantes, por ser actual y por redundar en la relación profesional-paciente. Se concluye que esta disciplina trata de temas actuales y polémicos que influyen en la formación del cirujano dentista, pues promueve la conciencia y la responsabilidad de su papel frente a la atención en salud bucal. Además, la misma debe ser implantada, específicamente, en primer año en todos los cursos de pregrado en Odontología.

**Palabras clave:** educación superior, odontología, bioética

---

### QUALITATIVE ANALYSIS OF CONTENT MINISTERED ON BIOETHICAL DISCIPLINE ON BRAZILIAN DENTAL SCHOOLS

**Abstract:** The study consists on a qualitative analysis of content ministered by Bioethical discipline on Brazilian Dental Schools. Data collect occurred by semi-structured questioners send by e-mail and correspondence. It was used content analysis by categorical analysis technique, according to Bardin. Among 182 Schools, just 57 (31.3%) shows Bioethical Discipline. It was observed that the discipline is ministered on the first or last year of course generally. Principal subjects broached are bioethical dilemma (76.3%) with polemics questions and others actual like abortion, clone, organs transplant, attendance of patient porter of HIV and bioethical historic (65.8%), bioethical fundaments, principles and models (57.9%). 84.4% researched professors, said that bioethical discipline awake interesting on students because it actual and it's face to patient-professional relation too. It was possible to conclude that bioethical discipline treat in its content some actual and polemic themes that influence dental surgeon formation because promote him conscience and responsibility of him role front attention at oral health, and so, this discipline should be implanted, specifically in the first year of all Dentistry graduation courses.

**Key words:** Education, Higher, Dentistry, Bioethics

---

\* Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Brasil  
**Correspondência:** pattysp03@yahoo.com.br

## Introdução

Um novo perfil para o egresso de Odontologia passa a ser exigido, direcionado para valores de cidadania, apresentando alguns conceitos importantes e fundamentais para se tornar multiplicador de conhecimentos éticos, sociais e principalmente humanos, pois, atualmente, muitos profissionais são preparados segundo um elevado padrão de qualificação, mas sem levar, em sua formação prática, as condições sócio-econômicas como determinantes de doenças bucais(1).

A Resolução do Conselho de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação – CES/CNE nº3, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia destaca como perfil, o egresso com formação generalista, humanística, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Esse deverá estar capacitado ao exercício das atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade(2:1).

Com isso, a educação atual exige a aplicação da pedagogia de competências, que ao adquiri-las garante a promessa de empregabilidade e habilidades para ser e agir como cidadãos(3).

Por isso, no curso de Odontologia deve-se conscientizar o aluno durante o processo de competências teóricas e técnicas, proporcionando momentos de reflexão sobre o seu papel, dentro de uma contextualização do seu processo de trabalho a partir da autopercepção pessoal, desenvolvendo assim, o seu potencial intelectual e afetivo, que o capacite para adquirir as habilidades para atenção do doente, e o habilite para descobrir em sua função profissional a autêntica dimensão social que cabe a ele como cidadão responsável(4).

Nas diretrizes Curriculares de 2002, os conteúdos essenciais para o curso de Odontologia estão divididos em conteúdos que envolvem as Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e Ciências Odontológicas. É nas Ciências Sociais e Humanas que se incluem “os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo

saúde-doença”(2:3). És justamente nesse campo está inserida a disciplina de Bioética, que é objeto de estudo deste trabalho.

Apesar de ser, a Bioética, extremamente ampla e tratar de temas polêmicos como clonagem, aborto, eutanásia e estudo com células-tronco embrionárias, na Odontologia, o estudo dos seus aspectos não pode ser negligenciado, principalmente por sua importância para o bom andamento e sucesso do tratamento odontológico(5).

## Objetivos

Este estudo consiste em uma análise qualitativa do conteúdo ministrado pela disciplina de Bioética nas Faculdades de Odontologia Brasileiras

## Material e método

O nosso estudo é do tipo exploratório, descritivo, transversal.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa, na página eletrônica do Ministério da Educação e Cultura (MEC), mais precisamente na página do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) para tomar conhecimento do número de faculdades de Odontologia em funcionamento no Brasil e suas respectivas Instituições de Ensino Superior (IES). Para confirmar a existência da disciplina Bioética, entrou-se em todos os sites institucionais em busca da matriz ou grade curricular. Na instituição em que não foi possível por esse meio, os coordenadores foram contatados para sanar as dúvidas. Para se informar sobre a existência da disciplina na instituição, foram realizadas três tentativas por e-mail e duas por correspondência, com o propósito de alcançar toda a população de estudo. Foi enviado ao coordenador de cada instituição, por e-mail ou correspondência um ofício, expondo os objetivos da pesquisa e solicitando a permissão para entrar em contato com o(s) docente (s) da disciplina estudada. O período de obtenção dos dados foi de agosto de 2007 até fevereiro de 2008.

A coleta de dados ocorreu através da elaboração e aplicação de um questionário. Este continha questões abertas e fechadas que segundo De Kelete e Roegiers(6:35), designam como questionário de inquérito “...um estudo de um tema preciso junto de uma população, a fim de precisar certos parâmetros”.

Atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas resoluções complementares, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP sob parecer n. 2006-01469. Foi enviado, junto com o instrumento de coleta, o Termo de consentimento livre e esclarecido que esclarecia sobre a anuência da sua participação, objetivos, metodologia, a manutenção do sigilo de suas identidades (apesar de não ser solicitada a identificação dos respondentes) e da publicação dos dados obtidos com o presente trabalho.

Os dados obtidos foram informatizados. Para tal, foi confeccionado um banco de dados, utilizando-se o programa EPIINFO 3.2, programa para Windows e, por meio desse, foi realizado o levantamento de frequência dos dados referente às questões fechadas. Para as questões abertas foi realizada a análise de conteúdo preconizada por Bardin(7), utilizando a técnica de categorização temática. Esta define as categorias como rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo sob um título genérico. As respostas foram lidas para identificar os problemas apontados e, o conjunto desses, formou uma grade temática de categorias de análise para a leitura transversal de todos os depoimentos, ou seja, cada relato foi lido e classificado segundo as categorias registradas(8).

## Resultados

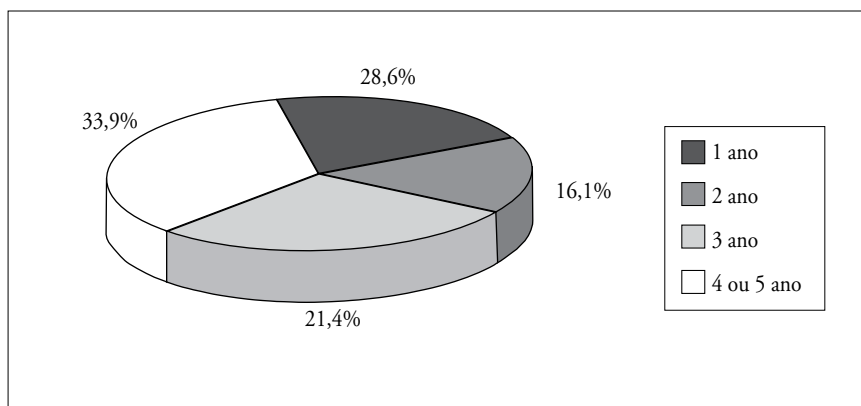
Verificou-se que há 182 Faculdades de Odontologia em atividade no Brasil, ou seja, Faculdades que apresentam o curso de odontologia em atividade.

A princípio foram enviados 180 (cento e oitenta) e-mails que corresponde ao total das as faculdades que apresentavam sites; foi feito contato com o coordenador do curso via internet, para enviar o instrumento de coleta para o professor responsável pela disciplina estudada. Foram realizadas três tentativas por esse meio. Simultaneamente enviou-se 2 (duas) cartas, que corresponde aquelas instituições que não apresentavam nenhum tipo de contato eletrônico. Houve retorno de 62 e-mails (34,5%) e de 1 carta (50%). Depois dessas tentativas, foram realizadas mais 2 tentativas por cartas para aquelas instituições que não haviam respondido, somando 109 cartas, obtendo dessas, apenas 10 cartas (9,2%), totalizando um percentual de 40,1% de resposta à pesquisa.

Dentre as faculdades analisadas (n=182), apenas 57 (31,3%) apresentavam na sua grade curricular a disciplina Bioética, sendo 23,7% particulares e 54,3% públicas. Destas, 54,4% a nomenclatura da disciplina era Bioética. Já os outros 46,4%, a disciplina era denominada de Deontologia, Odontologia Legal e Bioética, Deontologia e/ou Odontologia Legal, Saúde Bucal Coletiva, Orientação profissional, Odontologia Preventiva e Social e Seminários Integrados. Do total de 57 instituições, conseguiu-se obter a resposta de 38 Instituições de Ensino Superior, o que corresponde a 66,7%.

Observou-se que a disciplina é ministrada geralmente no primeiro (28,6%) ou último ano do curso (33,9%) (Figura 1). Quanto ao gênero do docente que ministra a disciplina, 56,1% são homens e 95% são formados em Odontologia. Outros 5% são teólogos ou advogados.

Figura 1 – Distribuição percentual das Faculdades de Odontologia Brasileiras segundo o ano letivo que a disciplina Bioética é ministrada. Brasil, 2008.



Quanto à qualificação desses docentes, observou-se que apenas 5% apresentam graduação em Odontologia. Já 2,5% possuem especialização, 45% Mestrado, 45% Doutorado e 2,5% Livre-docência. Sendo que todos são graduados nas diversas áreas da Odontologia.

Referente aos principais assuntos abordados na disciplina de Bioética, foram citados os dilemas bioéticos (76,3%) que tratam principalmente sobre questões polêmicas e atuais como clonagem, aborto, transplante de órgãos, atendimento do paciente portador de HIV; histórico da Bioética (65,8%); fundamentos, princípios e modelos bioéticos (57,9%)(Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da frequência absoluta e relativa dos assuntos abordados na disciplina de Bioética nas Faculdades de Odontologia Brasileiras, segundo os docentes entrevistados. Brasil, 2008.

Categorias	n	%
Dilemas Bioéticos	29	76,3
Histórico da Bioética	25	65,8
Fundamentos, Modelos e princípios bioéticos	22	57,9
Relação Profissional-paciente	17	44,7
Pesquisa	13	34,2
Resolução 196/96	12	31,6
TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido)	8	21,1
CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa e Conselho Nacional de Ética e Pesquisa)	5	13,2

\* A soma da porcentagem poderá ser maior que 100% pois a mesma resposta poderia ser classificada em mais de uma categoria. A frequência relativa foi calculada sobre o total de 38 respondentes.

Dentre os professores pesquisados, 84,4% mencionam que a disciplina de Bioética desperta interesse nos alunos, pois é atual (51,7%) e por tratar sobre a relação profissional-paciente (51,7%)(Quadro 2). Ademais, os docentes relatam que mais de 75% dos alunos comparecem às aulas.

Quadro 2 – Distribuição da frequência absoluta e relativa segundo o motivo de interesse dos alunos frente à disciplina de Bioética, na percepção dos os docentes entrevistados. Brasil, 2008.

Categorias	n	%
Atividade prática – “realidade da futura clínica e responsabilidade social”	15	51,7
Atualidades – “experimentos na área de biotecnologia e genética”	15	51,7
Paradigmas Bioéticos – “por fazê-los pensar, discutir temas que geram controvérsias(aborto, eutanásia, pesquisa com células troncos, etc )	13	44,8

\* A soma da porcentagem poderá ser maior que 100% pois a mesma resposta poderia ser classificada em mais de uma categoria. A frequência relativa foi calculada sobre o total de 29 respondentes.

Sobre as sugestões dos professores para a disciplina de Bioética, são mencionadas que a mesma deve apresentar interdisciplinaridade e aplicabilidade (57,7%) tanto nos cursos de graduação (Quadro 3) como nos cursos de pós-graduação (50%)(Quadro 4).

Quadro 3 – Distribuição da frequência absoluta e relativa das sugestões para a disciplina de Bioética no curso de graduação em Odontologia, segundo os docentes entrevistados. Brasil, 2008.

Categorias – Sugestões	n	%
Aplicabilidade e interdisciplinaridade – “ <i>Que haja simpósios e a presença da discussão bioética em momentos clínicos</i> ”	15	57,7
Aumento da carga horária – “ <i>aumentar a carga horária para poder proporcionar discussões interdisciplinares</i> ”	7	26,9
Obrigatoriedade – “ <i>deve ser lecionada como uma matéria obrigatória aos moldes da pós-graduação lato sensu (CFO)</i> ”	4	15,4
Capacitação docente – “ <i>ser mais valorizada pelos demais professores</i> ”	4	15,4

\* A soma da porcentagem poderá ser maior que 100% pois a mesma resposta poderia ser classificada em mais de uma categoria. A frequência relativa foi calculada sobre o total de 26 respondentes.

Quadro 4 – Distribuição da frequência absoluta e relativa das sugestões para a disciplina de Bioética no curso de pós-graduação em Odontologia, segundo os docentes entrevistados. Brasil, 2008.

Categorias – Sugestões	n	%
Aplicabilidade e interdisciplinaridade – “ <i>que sejam destas mesas de discussão com a presença de profissionais de áreas diferentes, direito, genética, infectologia, etc.</i> ”	11	50
Obrigatoriedade – “ <i>muitos cursos não abordam esse assunto tão importante</i> ”	10	15,4
Aumento da carga horária – “ <i>a carga horária é extremamente pequena e não há tempo para apresentar pontos cruciais</i> ”	3	13,6
Capacitação docente – “ <i>que seja ministrada por quem realmente esteja preparado.</i> ”	3	13,6

\* A soma da porcentagem poderá ser maior que 100% pois a mesma resposta poderia ser classificada em mais de uma categoria. A frequência relativa foi calculada sobre o total de 22 respondentes.

## Discussão

Um processo de investigação que usa a técnica do inquérito apresenta como desvantagem “a pequena percentagem dos questionários que voltam...”(9:179). Conforme observado neste estudo, apenas 40,1% das instituições de ensino responderam ao inquérito. O envio pelo e-mail foi o que surtiu mais efeito.



Quanto à devolução dos questionários respondidos, Fox(10) refere que poucas vezes o número de questionários recolhidos ultrapassa os 50 % e, em particular, na investigação social não é maior do que 30%. Já Pinheiro e Silva(11) obtiveram uma taxa de retorno de 30% e Zilbovicius(12), em seu estudo com envio de questionários a Secretárias de Saúde do Estado de São Paulo, teve um retorno de 58,4%. No presente estudo a porcentagem de questionários respondidos foi de 40,1%, que se pode considerar dentro das boas expectativas.

Santos e Rumel(13) enviaram 6.000 questionários por via postal aos cirurgiões-dentistas do Estado de Santa Catarina, 506 (8,43%) retornaram. O mesmo ocorreu nesta pesquisa, pois dos 109 questionários enviados via postal, obteve-se apenas resposta de 9,2%.

Dentre as faculdades que apresentavam o ensino da Bioética (57), conseguiu-se obter a resposta de 38 Instituição de Ensino Superior (66,7%).

Em um estudo realizado na Argentina, Guerra(14) observou que havia a presença da Bioética em apenas 16,6% dos currículos das Faculdades de Odontologia. Já Musse et al.(15) analisaram 45 Faculdades de Odontologia no estado de São Paulo, Brasil, constataram que 8,8% das instituições possuíam a disciplina Bioética. No presente estudo, verificou-se que 31,3% das Faculdades Brasileiras possuem a disciplina Bioética. Guerra(14) menciona que esta disciplina é tratada apenas como uma unidade em outras disciplinas ministradas, como Deontologia e/ou Odontologia Legal, Orientação Profissional, entre outras. Diante desses dados, se deve enfatizar que a falta do ensino da Bioética nas Faculdades traz um comprometimento na formação do acadêmico, quanto ao seu papel perante a sociedade.

Sabe-se que toda a proposta de ensino deve possibilitar ao aluno aquisição de competências nas dimensões do saber (domínio teórico-conceitual), do saber fazer (habilidades básicas para o exercício da prática profissional), do saber ser (desenvolvimento de atitudes necessárias para o relacionamento humano e ético da prática) e do saber conviver, com os avanços tecnológicos e com as mudanças do mundo do trabalho(16). Embora o ensino de Odontologia se caracterize como educação vocacional “diretiva”, que tenta levar o estudante à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes concentradas em torno de sua prática(17), o ensino da

disciplina Bioética na graduação se tornam importantes, pois não se deve confundir a Bioética atual como uma reformulação da ética filosófica tradicional ou uma nova deontologia profissional(18), de acordo com 51,7% dos entrevistados que citaram tratar a disciplina de assuntos atuais e o tema da atividade prática.

Alguns autores ressaltam que a Bioética, no tratamento odontológico, deve ser inserida no campo acadêmico do futuro cirurgião-dentista. Ao realizar isso, não se nega à educação o modelo de profissional já estabelecido, mas o aprimora, para que haja a compreensão do valor do relacionamento profissional/paciente, que resultaria em um ganho bilateral, e não apenas unilateral, como se observou por longos períodos(19-23), corroborando com este estudo, pois 44,7% citaram a relação profissional-paciente como assunto abordado na Bioética.

Diante disso, Musse et al.(15) averiguou que a Bioética deveria ser introduzida ainda no ciclo básico da formação nível superior, mas verificou-se, nos cursos de Odontologia pesquisados, que a disciplina era oferecida apenas na metade final do curso, semelhante a este estudo, em que se observou 33,9% das IES oferecem a disciplina no último ano do curso, momento em que esses conhecimentos já deveriam estar solidificados, pois influenciarão na conduta dos futuros profissionais; sabe-se que o acadêmico em Odontologia destina a maior parte do tempo no aprimoramento de técnicas e procedimentos. Porém, Silva(24) encontra uma realidade diferente nas Faculdades de Medicina de Portugal, nas quais a disciplina Bioética desenvolve-se, progressivamente, em todas as disciplinas e de responsabilidade dos respectivos regentes. Essa Interdisciplinaridade da Bioética foi sugerida por 57,7% dos docentes pesquisados para que o acadêmico, no último ano, seja capaz de assumir uma postura multidisciplinar, promovendo assim uma boa inter-relação das diversas áreas do conhecimento(25).

Quanto aos temas abordados, Berlinguer(26) enfatiza que ao se pensar Bioética, normalmente se pensa em “situações limites” como a eutanásia, a fecundação assistida e DNA recombinante conforme 76,3% dos pesquisados mencionaram. Porém, a rotina da prática odontológica também é marcada por conflitos éticos como o comércio de dentes humanos, as pesquisas que descobrem novas técnicas e biomateriais, citada por apenas 34,2% dos entrevistados, ou seja, poucos têm conhecimento desses temas, como também o tema

da humanização e o respeito aos princípios éticos na relação entre profissional e paciente, mencionado por apenas 44,7% dos entrevistados. Assim, o profissional deve ser formado dentro dessa realidade para apresentar uma visão integral do paciente, incorporando a sua formação à competência ética(8).

Em relação ao interesse dos alunos pela disciplina, os docentes entrevistados ressaltam que o motivo é que ela é atual (50%) e por ser tratar o tema da relação profissional-paciente (53,6%). Diante disso, Stêvão et al(27) enfatizam que o profissional torna-se um solucionador de problemas, promovendo ou restabelecendo a saúde de seus pacientes.

Ademais, o desenvolvimento e a crescente incorporação de tecnologias aplicadas à saúde trazem aos profissionais situações e questionamentos sobre os quais não existe uma reflexão estabelecida em suas corporações(28), como o atendimento do paciente portador de HIV, pesquisas com células troncos embrionárias, etc. Por isso, a Bioética emergiu como um movimento interdisciplinar para questionar e refletir sobre as questões concretas que a sociedade atual está vivenciando.

Com isso, a Bioética deve apresentar aplicabilidade e interdisciplinaridade, pois com o ensino fragmentado em especialidades e apenas a citação de valores éticos e morais nas universidades, forma-se um profissional

que automaticamente categoriza o paciente de acordo com as necessidades, sem avaliar valores superiores à uma simples dor de dente, etc. Por isso, conceitos sócio-político-econômicos são importantes na formação do profissional de saúde, ou seja, os princípios de autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e outros que permanecem muitas vezes apenas em atividades de pesquisa(29).

Pelo fato da Bioética ser, um tema que mobiliza as pessoas de maneira geral e, que pode envolver conflitos e interesses diversos, muitos profissionais consideram-se aptos a discutir e ensina-la. Todavia, neste estudo, docentes pesquisados mencionam a necessidade da capacitação dos profissionais tanto para o ensino na graduação (15,4%) como na pós-graduação (13,6%), pois a apresentação de temas bioéticos deve ocupar todos os momentos possíveis da formação de todo o profissional de saúde, pois é grande a complexidade que une educação, saúde e bioética, já que é pequena ou nula a tradição de estudos interdisciplinares(30-32).

Concluiu-se que a disciplina de Bioética trata em seu conteúdo temas atuais e polêmicos que influenciam na formação do cirurgião-dentista, pois promove ao mesmo a consciência e a responsabilidade do seu papel frente à atenção em saúde bucal, ademais, a mesma deve ser implantada, especificamente, no primeiro ano, em todos os cursos de graduação em Odontologia.

## Referências

1. Rodrigues RPCB. *Análise da área da saúde coletiva nas estruturas curriculares dos cursos de odontologia do Brasil*. [Dissertação de Maestria]. São Paulo: Universidad Estadual Paulista: Facultad de Odontología de Araçatuba; 2005.
2. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário da União, 4 de mar. 2002. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/sesu/ftp/resolucao/03020odontologia.doc> Acesso em: 8 jun 2006.
3. Guerra ELA. *O ensino superior de administração no Brasil: desafios do novo milênio*. Disponível em: [http://www.agrad.com/angrad/pdfs/xii\\_enangrad/O%20ensino%20superior%20de%20Administracao%20no%20Brasil.pdf](http://www.agrad.com/angrad/pdfs/xii_enangrad/O%20ensino%20superior%20de%20Administracao%20no%20Brasil.pdf). Acesso em: 23 jun.2006.
4. Costa AMD, Costa JRV, Costa MD, Costa RD, Botrel TEA. Contribuição do perfil do aluno de graduação em Odontologia para a redefinição dos recursos usados pelo professor no processo ensino-aprendizagem. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins* 2002; 14(1): 30-34.
5. Gonçalves PE, Grabin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Oliveira RN. Evaluación del conocimiento de los cirujanos dentistas sobre aspectos bioéticos del tratamiento odontológico. *Avances en Odontostomatología* 2007; 23(1): 135-140.
6. De Ketele JM, Roegiers X. *Metodologia da recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget; 1999.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1994.
8. Gonçalves ER, Verdi MIM. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(3): 755-764.
9. Lakatos E, Marconi M. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 1985.

10. Fox D. *El proceso de investigación en educación* (2ª ed.) Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 1987.
11. Pinheiro A, Silva B. A Estruturação do Processo de Recolha de Dados On-Line. In *Actas da X Conferência Internacional Avaliação Psicológica, Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições; 2004: 522-9.
12. Zilbovicius C. *A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal*. [Disertación de Maestria]. 2005. Universidad de São Paulo: Facultad de Odontología. 111 p.
13. Santos JC, Rumel D. Emergência médica na prática odontológica no Estado de Santa Catarina: ocorrência, equipamentos e drogas, conhecimento e treinamento dos cirurgiões-dentistas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 183-190.
14. Guerra RA. Bioética en la malla curricular de odontología. *Acta Bioethica* 2006; 12(1):49-54.
15. Musse JO, Boing AF, Martino FS, Silva RHA, Vaccarezza GF, Ramos DLP. O ensino da bioética nos cursos de graduação de Odontologia do estado de São Paulo. *Arquivos Ciências da Saúde* 2007; 14(1): 13-16.
16. Iochida LC, Batista NA. O ensino da clínica médica: situação atual, perspectiva e desafios. *Revista Brasileira Clínica Terapêutica* 2002; 28(4): 142-145.
17. Secco LG, Pereira MLT. Formadores em Odontologia: profissionalização e desafios político-estruturais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(1): 113-120.
18. Lolas F. La bioética en el contexto de los programas globales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1999; 6(1): 65-68.
19. Comes JCM. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. *Bioética* 1996; 4(1): 39-42.
20. Dummett CO. Ethics and bioethics in dentistry. *Journal California Dental Association* 1994; 22(10): 30-42.
21. Manji I. Is dentistry in trouble with ethics? *Journal Canadian Dental Association* 1994; 60(9): 771-773.
22. Odom JG, Beemsterboer PL, Pate TD, Haden NK. Revisiting the status of dental ethics instruction. *Journal Dental Education* 2000; 64(11): 772-774.
23. Graham BS. Educating Dental Students About Oral Health Care Access Disparities. *Journal Dental Education* 2006; 70(11): 1208-1211.
24. Silva JR. O ensino da Bioética nas Faculdades de Medicina Portuguesas. *Bioética* 2003; 11(2): 43-50.
25. Kenny NP. Bioethics and Canadian Dentistry. *Journal Canadian Dental Association* 1997; 63(9): 690-694
26. Berlinguer G. Questões de vida: ética, ciência e saúde, São Paulo: APCE/HUCTEC/CEBES; 1993.
27. Stêvão ELL, Valcanaia TDC, Silva JJ. A Bioética e o processo ensino-aprendizagem na cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. *BCI* 1998; 5(1): 9-13
28. Taquete SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Revista Associação Médica Brasileira* 2005; 51(1): 23-28.
29. Corsino BV, Pathhoff DE. The ethical and practical aspects of acceptance and Universal patient acceptance. *Journal Dental Education* 2006; 70 (11): 1199-1201
30. Ferreira HM, Ramos LH. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem* 2006; 19(3): 328-331.
31. Rosito MMB. Os modos de existir da bioética entre os saberes da saúde e da educação. *Mundo Saúde* (1995) 2005; 29(3): 359-363.
32. Siqueira J E. O ensino da Bioética no curso médico. *Bioética* 2003; 11(2): 33-42.

Recibido: 30 de octubre de 2008

Aceptado: 12 de marzo de 2009

# DISYUNTIVAS EN LAS CONCEPCIONES SOBRE AUTONOMÍA Y BENEFICENCIA QUE AFECTAN LA TERAPÉUTICA DEL INTENTO SUICIDA

Liliana Mondragón\*, Zuraya Monroy\*\*, Ma. Emily Ito\*\*, Ma. Elena Medina-Mora\*\*\*

**Resumen:** El objetivo del trabajo es conocer las disyuntivas entre los principios de beneficencia y autonomía que se presentan en la relación médico-paciente durante la terapéutica del intento de suicidio.

La investigación se realizó en dos hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México. La muestra incluyó a tres sujetos con intento de suicidio, mayores de 18 años –quienes eran atendidos en consulta externa a causa de una lesión autoinfligida en el último año– y a tres psiquiatras que trataban a estos pacientes. La información se obtuvo previo consentimiento informado en entrevistas individuales. Se llevó a cabo un análisis de discurso argumentado para encontrar los significados que los participantes otorgaron a los principios bioéticos y las posibles disyuntivas entre éstos.

Las discordancias entre la beneficencia y la autonomía estuvieron relacionadas con el beneficio del tratamiento, el respeto por los valores y las creencias de los pacientes, entre otros. Este trabajo presenta consideraciones éticas relevantes en el escenario clínico, al ofrecer al psiquiatra un análisis bioético que le permita actuar de acuerdo con la beneficencia y respetando la autonomía del paciente frente a casos de intento de suicidio y, de esta forma, procurar una mejor atención para ellos.

**Palabras clave:** bioética, autonomía personal, beneficencia, intento de suicidio, salud mental

---

## CONFLICTS BETWEEN AUTONOMY AND BENEFICENCE CONCEPTIONS WHICH AFFECT THE THERAPEUTICS OF SUICIDAL ATTEMPT

**Abstract:** The aim of this study is to know the conflicts between beneficence and autonomy principles present in physician-patient relationship during therapy of suicidal attempt.

Research was carried out in two psychiatry hospitals of the city of Mexico. The sample included three subjects with suicidal attempt, older than 18 years, attended as outpatients for an injury self inflicted last year, and three psychiatrists treating these patients. Information was obtained by individual interviews with previous informed consent. An argumentative discourse analysis was carried out to find meaning given by participants to bioethics principles and possible conflicts between them.

Conflicts between beneficence and autonomy were related to the benefit of treatment, respect to patients values and beliefs, among others. This study presents relevant ethical considerations in the clinical scenery, by offering to the psychiatrist a bioethical analysis which allows him/her to act according with beneficence while respecting the autonomy of the patient in cases of suicidal attempt and, in this way, to give them better attention.

**Key words:** bioethics, personal autonomy, beneficence, suicidal attempt, mental health

---

## DISJUNÇÕES NAS CONCEPÇÕES SOBRE AUTONOMIA E BENEFICÊNCIA QUE AFETAM A TERAPÊUTICA DO INTENTO SUICIDA

**Resumo:** O objetivo do trabalho é conhecer as disjunções entre os princípios de beneficência e autonomia que se apresentam na relação médico-paciente, durante a terapêutica do intento de suicídio.

A pesquisa foi realizada em dois hospitais psiquiátricos da Cidade do México. A amostra incluiu três sujeitos com intento suicida, maiores de 18 anos, que eram atendidos em consulta externa por causa de uma lesão autoinfligida no último ano, e a três psiquiatras que tratavam destes pacientes. A informação foi obtida com prévio consentimento informado em entrevistas individuais. Se levou a cabo uma análise de discurso argumentado para encontrar os significados que os participantes outorgaram aos princípios bioéticos e as possíveis disjunções entre estes.

As discordâncias entre a beneficência e a autonomia estiveram relacionadas com o benefício do tratamento e o respeito pelos valores e as crenças dos pacientes, entre outros. Este trabalho apresenta considerações éticas relevantes para o cenário clínico ao oferecer ao psiquiatra uma análise bioética que lhe permita atuar de acordo com a beneficência e respeitar a autonomia do paciente frente aos casos de intenção de suicídio e, desta forma, procurar uma melhor atenção para eles.

**Palavras-chave:** bioética, autonomia pessoal, beneficência, intenção de suicídio, saúde mental

---

\* Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente, México. Becaria del Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Fogarty International Center, Grant R25 TW006056, 2005

**Correspondencia:** lilian@imp.edu.mx

\*\* Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México

\*\*\* Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente, México

## Introducción

El tema del suicidio puede suscitar la creencia de que nadie, en su sano juicio, pudiera querer quitarse la vida; el suicidio es fundamentalmente considerado como un problema de salud mental(1), en el cual lo importante es la prevención de las amenazas y de los intentos suicidas. No obstante, si comparamos las tasas de mortalidad por suicidio en el mundo con los esfuerzos de las políticas para su prevención, pareciera que no hay un fuerte impacto en la disminución de esta conducta, lo cual supone que estas intervenciones no han tenido el alcance necesario para evitar nuevos intentos e incluso prevenir el suicidio mismo(2).

Quizá el poco éxito de estas políticas se deba al exiguo entendimiento de las implicaciones sociales, culturales e históricas del suicidio y/o a la falta de aceptación de la doble moral y el estigma que envuelven a dicha conducta. Todo ello puede convertirse en obstáculos no sólo para la prevención, sino también para el tratamiento médico de los pacientes suicidas.

Si hacemos un análisis de lo general a lo particular, el punto decisivo de la prevención del suicidio no está en los programas de intervención, sino en el contacto entre el sujeto con expectativas suicidas y el médico durante el tratamiento, es decir, en la relación médico-paciente.

Generalmente, el tipo de relación médico-paciente que ha predominado en el tratamiento de la conducta suicida ha sido el paternalismo. Este modo tradicional de intervención ha considerado que el intento de suicidio es elegido de manera irracional por una persona enferma, psicótica, cuyos deseos, preferencias y acciones están alterados, lo cual la incapacita mentalmente para tomar decisiones sobre su tratamiento, internamiento u otra medida que evite un daño mayor(3).

Como plantea Cohen, "...el problema es que la intervención paternalista, aunque tenga buenas intenciones, puede desencadenar efectos paradójicos"(4:4), pues presenta grandes dificultades en cuestiones prácticas. La primera es el grado de interferencia sobre la libertad de un individuo: quizá el paciente no permanezca incapacitado mentalmente durante todo su tratamiento; la segunda es que la conducta suicida no es homogénea: por ejemplo, no es lo mismo el intento de suicidio diádico que el suicidio asistido o bien la eutanasia; no obstante, el paternalismo interviene de igual manera en todas ellas(3).

Una posible mediación para estos efectos paradójicos es fijar los límites del paternalismo, es decir, pensar que la intervención paternalista no es inadecuada en todo momento y en todos los casos de conducta suicida. Incluso, en ocasiones no hay más alternativa que ésta. El problema radica en que el paternalismo ha sido un modo autoritario de trato que ha llegado a lesionar la dignidad de los pacientes.

En bioética y ética médica la mayoría de los argumentos antipaternalistas se fundan en la autonomía de los pacientes, alegando la defensa de sus derechos(3), o bien en una beneficencia más humana, en vez de un paternalismo rígido, frío o áspero(5), considerando la actitud paternalista como una postura extrema de la beneficencia.

En este sentido, el principio de beneficencia está orientado a auxiliar al médico para que pueda comprender su actitud y tener un comportamiento moralmente apropiado en la atención del paciente. Esta manera de interpretar las significaciones morales de su actuar y de la solicitud expresa de su paciente conduce al médico a una serie de obligaciones y virtudes concretas(5), abordando la relación desde un modelo interpretativo(6) que toma en cuenta al paciente como agente moral capaz de decidir lo mejor para su salud, con la ayuda y acompañamiento del médico o equipo de salud en un afán de protección.

El principio de autonomía se centra en que los mejores intereses del paciente son los que él interprete, aunque estos difieran de los objetivos médicos. En general, dicho principio se sustenta moralmente en el respeto de los médicos hacia los valores y creencias de los pacientes, quienes son considerados como agentes morales que pueden o no ser autónomos, pero de ninguna manera debe abandonarse el respeto a su dignidad; o bien, dado el caso de ser considerados como personas con menos autonomía, entonces tienen derecho a la protección.

La presencia de estos principios (beneficencia y autonomía) en los escenarios de salud no resuelve totalmente los dilemas éticos, pero su aplicabilidad es materia de diálogo(7). Sin embargo, poco sabemos sobre las disyuntivas o concordancias entre los principios bioéticos que se presentan en la relación médico-paciente. Por ello, el propósito del presente trabajo es aproximarnos a los elementos que contribuyan a una posible disyunción entre estos principios, a partir de

los discursos de las personas que atentaron contra su vida y de psiquiatras que pueden afectar la terapéutica del intento de suicidio.

## Métodos

Cuando abordamos algunos problemas desde la bioética, podemos usar como referentes otras disciplinas, como la psicología social<sup>1</sup>, por ejemplo, con la cual se sustentaron los elementos metodológicos, a través de la aproximación comprensivo-interpretativa, para dilucidar los significados que los sujetos atribuyeron a su experiencia, a sus relaciones y a la realidad social.

La investigación se realizó en dos hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México. La muestra<sup>2</sup> incluyó a tres sujetos con intento de suicidio, mayores de 18 años –quienes eran atendidos en consulta externa a causa de una lesión autoinfligida en el último año– y a tres psiquiatras que trataban a estos pacientes.

La información se obtuvo previo consentimiento informado, mediante entrevistas individuales, en una sesión de 50 minutos aproximadamente. La herramienta que se utilizó para este fin fue una guía de entrevista. Se llevó a cabo un análisis de discurso argumentado para dar lectura al material y encontrar los significados que los participantes otorgaron a los principios bioéticos y las posibles disyuntivas entre éstos.

El discurso argumentado(8) hace referencia a objetos, acontecimientos, actitudes o comportamientos que remiten a un pasado personal, a otro sujeto o a opiniones, ya sea que se traten de aquellas comúnmente aceptadas (valores, verdades) o bien de objetos de oposición (debates o controversias).

Así, la argumentación se construye en el discurso en forma de una organización de juicios, de proposiciones en sentido general (se propone) o de asertos (se dice), siempre remitiendo a un otro, es decir, hace alusión a una persona o situación(8).

## Consideraciones éticas

La presente investigación está fundamentada en la ética psicosocial y en la biomédica. Por ello, consideramos algunas de las recomendaciones éticas internacionales para llevar a cabo el trabajo. Principalmente, se contemplaron algunas de las Pautas del *Council for International Organizations of Medical Sciences - CIOMS(10)* y los principios de la Declaración de Helsinki(11). Asimismo, se atendieron algunas de las consideraciones éticas de la investigación psicosocial, que plantean que la participación de los sujetos suicidas y del equipo médico sea voluntaria y se les garantice absoluta confidencialidad y privacidad. También se solicitó a los entrevistados autorización para grabar las sesiones, ofreciendo las transcripciones como una manera de devolución y retribución por su trabajo y participación.

En el consentimiento informado del participante se planteó que la entrevista podría abordar momentos y recuerdos que podrían ser dolorosos. En esos casos, el participante podía declinar o seguir adelante según lo deseara. Un aspecto importante fue explicitar a los pacientes que su participación o abstención no afectaba en nada su atención o tratamiento en el hospital, ya que era totalmente independiente de ello. Mientras que en el consentimiento informado para el equipo de salud se enunció que su participación o declinación en el estudio no tendría ninguna repercusión en su trabajo o ejercicio profesional.

## Resultados

El análisis de las concepciones de los principios de beneficencia y de autonomía en los discursos de los participantes permitió identificar elementos disyuntivos y concordantes respecto de dichos principios; asimismo, dilucidar su vínculo en la terapéutica del intento de suicidio.

En cuanto al principio de beneficencia, hubo factores que fueron disyuntivos y concordantes entre médicos y pacientes, por ejemplo, el beneficio del tratamiento, las virtudes y valores, y la concepción de lo que es una “buena” relación médico-paciente. En ocasiones, este doble estatus de los elementos se debió a las ambigüedades en los discursos de los médicos, pues, a partir de la interpretación de éstos, se acomodaban en uno u otro punto de la concepción de beneficencia.

1 La psicología social puede estudiar la salud mental, develando procesos que dan cuenta de la construcción de la vida social y, por lo tanto, de los sujetos(9).

2 El tamaño de muestra cumple con los requerimientos metodológicos propuestos en la investigación, entre ellos, el criterio de saturación de la información, es decir, se suspendió el proceso de obtención al momento en que ya no se obtuvo información adicional “relevante”.

En los componentes disyuntivos, los pacientes aluden al principio bioético de beneficencia, en el cual el galeno es más afectivo, amistoso, confiable; los psiquiatras, en cambio, hacen referencia al paternalismo médico, en el cual el galeno debe desvincularse de sus pacientes y dejar de lado las emociones. Por ello, se percibe una discrepancia entre ambos actores. Esto evidentemente afecta a la atención del intento de suicidio, porque parece no haber un diálogo entre el médico y el paciente.

Para los pacientes, una “buena” relación con el tratante fue un elemento de disenso. Ellos plantean esta relación desde un modelo interpretativo, en el cual el médico es empático, escucha y acompaña a su paciente, responde a sus necesidades, da confianza, entre otros aspectos. Para los galenos, la “buena” relación está construida desde el modelo paternalista, en el cual el médico es “objetivo”, resuelve los problemas de su paciente, pone los límites e imparte órdenes. De esta forma, hay una distancia entre lo que el galeno proporciona y lo que el sujeto que intentó suicidarse demanda.

Tabla 1. Elementos disyuntivos de la beneficencia entre sujetos que intentaron suicidarse y el equipo de salud

Elementos del principio de beneficencia	Sujetos que intentaron suicidarse	Equipo de salud
<i>Virtudes y valores</i>	Los valores y virtudes percibidos en los médicos fueron: la amistad, autoridad y confianza.	El médico no es amigo ni confidente, es quien ayuda a resolver los problemas de los enfermos con una escucha objetiva y con medicamentos.
<i>“Buena” relación médico-paciente</i>	En ella, el médico acompaña, apoya y responde en el momento en que su paciente lo necesite o requiera. Modelo interpretativo.	Es construida por el galeno, él modula al paciente dándole órdenes para que cambie su actitud y ya no vuelva a atentar contra su vida. La relación debe tener constancia, negociación y límites. Modelo paternalista.
<i>Las decisiones del tratamiento</i>	Cuando no se está de acuerdo en el tratamiento.	Los pacientes no están bien para tomar decisiones (son pasivos, están deprimidos, tienen un juicio nublado).
<i>Los afectos</i>	Los pacientes expresaron su deseo de que sus médicos fueran más afectivos, cálidos.	El médico tiene el deber de desvincularse de los pacientes, crear una coraza que permita alejar al paciente y dejar de lado las emociones. El médico “no debe sentir”.

Los elementos concordantes del principio de beneficencia están relacionados con el paternalismo médico, en el cual el médico es la autoridad y da instrucciones de lo que se debe hacer; el paciente que intentó suicidarse es considerado como un sujeto que no tiene juicio ni conciencia. Hubo consenso en cuanto a la demanda de ayuda que tienen los pacientes que intentan suicidarse, debido al paternalismo en el que buscan ser tratados los pacientes y que los médicos practican.

Las concordancias parecen tener una influencia más positiva en el tratamiento del intento de suicidio; sin embargo, nuevamente, mucho del modelo paternalista prevalece y eso puede dificultar la atención. Por ejemplo, en los dos últimos puntos de la tabla 2, “el mejor tratamiento para el intento de suicidio” y lo que sería una “buena” relación médico-paciente, también hubo consenso: ambos actores estuvieron alejados de una concepción paternalista, pero estos elementos son hipotéticos, casi nunca se llevan a cabo.

Tabla 2. Elementos concordantes de la beneficencia entre sujetos que intentaron suicidarse y el equipo de salud

Elementos del principio de beneficencia	Sujetos que intentaron suicidarse	Equipo de salud
<i>La demanda</i>	El paciente quiere que le quiten el dolor subjetivo de manera rápida. Si esta demanda no es cumplida, entonces se recurre a otros métodos (consumo de alcohol o el intento de suicidio).	La demanda del paciente es que el médico resuelva sus problemas; si el médico no lo ayuda, el paciente intentará quitarse la vida nuevamente.
<i>El beneficio del tratamiento</i>	Esperan que el médico los “lleven casi de la mano... para ir superando”, o bien que les den instrucciones sobre lo que tienen que hacer.	Los pacientes no quieren un beneficio, sino un médico paternalista que les diga qué hacer y cómo deben ser las cosas.

<i>El mejor tratamiento para el intento de suicidio</i>	Los pacientes en general quieren que sus médicos sean más afectivos y cálidos, además, esperan que las sesiones duren más tiempo para estar acompañados de sus médicos.	El mejor tratamiento sería que el médico se haga presente, a través del contacto, la escucha, brindándole tiempo y espacio al paciente, mostrarle sus afectos permitidos, no ser rígido.
<i>“Buena” relación médico-paciente</i>	Es aquella en la cual el médico acompaña, apoya y responde en el momento en que ellos los necesitan.	El mejor tipo de relación médico-paciente debería tener tres pilares: confianza, comunicación y paciencia.

En el discurso argumentado del equipo de salud, poco se hizo referencia a la autonomía de los pacientes, mostrando que ella no es reconocida. Por tanto, los elementos de disenso y consenso del principio de autonomía son pocos y parecen ser concepciones sobre lo que se consideró la búsqueda de ayuda, conciencia, juicio y voluntad, valores y creencias y, finalmente, la prevención del intento de suicidio.

Los componentes disyuntivos muestran la postura paternalista médica, que describe al sujeto que intentó suicidarse como una persona sin capacidad y competen-

cia para tomar decisiones, observándolo siempre como un ente biológico; en tanto los pacientes expresan la gradualidad de la autonomía.

Los valores y creencias son componentes morales de disenso. Para los pacientes, el intento de suicidio se da porque ya no se quiere vivir y se quiere dejar de sufrir. En cambio, para algunos médicos, el acto fallido es “rendirse antes de luchar”, es decir, se contrapone al valor de la vida: lo que en este caso representa poco respeto por las creencias y valores de los pacientes.

Tabla 3. Elementos disyuntivos de la autonomía, entre sujetos que intentaron suicidarse y el equipo de salud

<b>Elementos del principio de autonomía</b>	<b>Sujetos que intentaron suicidarse</b>	<b>Equipo de salud</b>
<i>Conciencia, juicio y voluntad</i>	Intentar suicidarse es un acto consciente y una decisión “bien pensada”. Después del intento, la familia obliga a ir a tratamiento al paciente, hasta que este “entra en razón” y va por su propia voluntad.	Los pacientes tienen voluntad, pero no tienen conciencia porque pierden el juicio. Para la incapacidad de juicio, el médico debe modular el sistema serotoninérgico, que reducirá la ideación suicida y evitará un nuevo intento.
<i>Valores y creencias</i>	Los pacientes expresaron sus creencias y valores en cuanto al intento de suicidio “Si voy a seguir viviendo con esta cosa de la ansiedad y todo eso, pues no ya, de veras que ya, no es bueno pedir la muerte (...) pero le digo bueno Dios perdóname, pero pues ya.... ¡quítame de sufrir!”.	Los posibles valores o creencias con los que se trabaja son solamente del paciente y no del médico, pero... “yo tengo (...) ciertas cosas muy punitivas en mi vida y creo que el intento de suicidio es como rendirse antes de luchar. O sea ¡no se vale que te rindas!”.

En los elementos concordantes, la autonomía es reconocida en la conciencia de sí mismo que tienen los pacientes cuando se sienten mal nuevamente y ello los lleva a pedir ayuda. Es decir, la búsqueda de ayuda es el único acto reconocido por los psiquiatras como voluntario y autónomo de los pacientes.

Los demás componentes de consenso están relacionados con que los valores y creencias de los pacientes no

sólo son “respetados” por los médicos, sino que son utilizados para prevenir un nuevo intento de suicidio; aunque en ocasiones estas sean medidas de coacción y creen otros dilemas éticos, como la estigmatización del paciente. Finalmente, el sentido común de los médicos, utilizado como un criterio para prevenir un suicidio, puede estar relacionado con el malestar que expresa el paciente antes de atentar quitarse la vida.



Tabla 4. Elementos concordantes de la autonomía en sujetos que intentaron suicidarse y el equipo de salud

Elementos del principio de autonomía	Sujetos que intentaron suicidarse	Equipo de salud
<i>Búsqueda de ayuda</i>	Los pacientes fueron conscientes de que se sentían mal, que estaban perdiendo “el control”; esta conciencia de sí mismos los llevó a buscar ayuda.	Cuando los pacientes se sienten mal, buscan ayuda, esto es un acto voluntario y autónomo.
<i>Valores y creencias</i>	Los pacientes expresaron sus creencias religiosas en cuanto a su deseo de quitarse la vida. “Dios (...) te va a llevar cuando él quiera no cuando tú quieras” (...) pero varias personas (...) se han matado y todo eso. Pero como digo ‘¿qué cuentas vamos a entregar allá?’”.	Los médicos utilizan las creencias religiosas que califican al suicidio como un pecado y quien lo realiza como pecador, para “hacer entender” a los pacientes que tienen que salir adelante, y de esta forma tratan de evitar un nuevo intento.
<i>La prevención del intento de suicidio</i>	Los pacientes “recaen”, se sienten mal (deprimidos, ansiosos, desesperados), ya no se controlan e intentan suicidarse.	El “sexto sentido” que tiene el galeno es una intranquilidad que siente, es una mala sensación que se tiene, que de alguna forma “avisa” que el paciente se va a suicidar.

## Discusión

La tradición médica occidental ha asignado al médico la obligación de la beneficencia, buscando el bien del que sufre, pero esta beneficencia se ha acompañado, en ocasiones, de la restricción de la autonomía de las personas cuando enferman. Estas son relevadas transitoriamente de sus obligaciones sociales, pero se espera que haga todo lo posible por sanar, confiándose a profesionales competentes. En estas circunstancias, lo que se ejerce en realidad es el paternalismo, que no es más que una beneficencia sin autonomía y que ha caracterizado a la medicina occidental desde tiempos hipocráticos(12).

La interferencia paternalista en conductas suicidas, como suele suceder en la atención de un caso de intento de suicidio, se basa en la intervención médica en contra de la voluntad del sujeto, bajo el supuesto de que, a futuro, pueda ser consentida por éste, al descubrir el daño que pudo haber sufrido(3).

No es que el paternalismo esté mal en cualquiera circunstancia; lo grave es que de él se deriva una manera de intervenir en conductas suicidas que se convierte en una espada de doble filo, porque, mientras muchas de sus acciones y decisiones están encaminadas a prevenir el suicidio, al mismo tiempo pueden llegar a facilitarlo o desencadenarlo(3).

Es difícil entender por qué el paternalismo continúa siendo la manera médica de tratar a los pacientes que intentaron suicidarse. Los médicos siguen pensando la beneficencia en términos paternalistas y no desde el “principio bioético” de beneficencia. Ante esta idea predominante, no hay cabida para la autonomía del paciente, en ninguna de sus formas o grados.

Si discutimos los elementos de disenso y consenso de los principios de beneficencia y autonomía en la relación médico-paciente, entenderemos que el paternalismo está presente algunas veces obstaculizando y otras facilitando la terapéutica del intento de suicidio, pero tal vez sin permitir la injerencia bioética. Por ejemplo, el beneficio del tratamiento y las decisiones que se toman durante este están justificadas a partir del argumento paternalista: la discapacidad del paciente(3). No obstante, aun cuando la autonomía de un individuo es particularmente dañada por la enfermedad o las circunstancias, la prescripción de un profesional debería ser atender la responsabilidad moral hacia su paciente, cuya autonomía está disminuida y no completamente ausente(13).

Pero, más allá de la discapacidad por la autonomía disminuida, existe una postura insistente de los médicos de que las complejidades del cuerpo humano sano y los procesos patológicos están fuera del entendimiento *lego*, lo cual no es del todo erróneo pero resulta irrelevante. Más que compenetrarse en detalles técnicos y científicos, el paciente necesita tal vez información respecto de su tratamiento: es su derecho.

Kentsmith(13) mencionó que los profesionales de la salud mental toman decisiones de naturaleza moral en el curso de sus trabajos, porque estos profesionales son inherentemente morales y en su conducta profesional juzgan desde su experticia sobre los mejores intereses de sus pacientes. El gran problema es que, en esta creencia, los médicos pueden asumir hacer el bien, adoptando decisiones inadecuadas o a veces crueles. Aunque sabemos que estas decisiones tampoco son tan “voluntarias”, dado el entramado institucional, la

conducta médica, muchas veces un conjunto de actos moldeados sobre la base de normas y procedimientos de manera inmediata, se olvida que la conducta debe ser en realidad una forma de vincularse con esas normas para hacerlas válidas en la práctica.

Entonces, al parecer, se necesita una *praxis* más consciente de los límites y alcances, entendiendo la existencia de motivaciones conscientes e inconscientes, reconociendo angustias y miedos y examinando la implicación personal. Parte del contenido ético de las profesiones reconoce su origen en el diálogo interior de quienes se relacionan con su ejercicio(14). De esta forma, el trabajo profesional sería una mezcla equilibrada de intuición, conocimiento, experiencia y emoción.

Por lo tanto, se requiere de un *ethos* médico distinto, contemplado en el principio bioético de beneficencia. En este trabajo reflexionamos no sólo acerca de la autonomía de los pacientes en contraposición del paternalismo(5), sino también en torno de la beneficencia como un modo de ser del médico, apelando, más allá de una alternativa, a un *ethos* como fundamento del tratamiento y trato a los sujetos con conductas suicidas. El *ethos* determina el “modo de ser”, se construye por las acciones habituales en la vida cotidiana, en un espacio temporal, en una estructura social, permitiendo la identidad al interior de un grupo de pertenencia, construyendo un proyecto que se inicia con el reconocimiento de la memoria histórica singular y colectiva(15).

El *ethos* remite a una concepción sobre la ética y a determinadas formas de comportamiento que se adquieren por medio de una estructura familiar, cultural y/o educativa(15). “El *ethos* médico que conocemos está dado por estructuras de poder que han mediado la institucionalización de la medicina y el ejercicio de la profesión médica, permitiendo que se construya un modo de ser, de vivir, de actuar, de mirar, de expresar”(15:60), de manera mayoritariamente paternalista.

El *ethos* del médico de la beneficencia bioética se cifra en esencia en su capacidad de un genuino respeto por el paciente, de comprensión y compasión por “sentir con” el otro; se cifra en su capacidad de apoyo, generosidad, solidaridad y “benevolencia” en una vinculación humanizada(16).

Sin este *ethos* médico como fundamento de la beneficencia, el tema de la negación, evitación o miedo a los afectos en el discurso médico continuará obstruyendo

la presencia del diálogo bioético y seguirá fomentando otros elementos (por ejemplo, el estigma) que afectan la terapéutica del intento de suicidio, pero sobre todo mermará las virtudes y los valores del médico.

El paternalismo, identificado en la investigación que se presenta, mostró los valores y virtudes que los médicos han heredado por siglos, desde tiempos hipocráticos. En este trabajo ambos aspectos éticos y morales no sólo fueron elementos de disenso y consenso, tanto de la beneficencia como de la autonomía, sino generadores de otros dilemas éticos en la atención del intento de suicidio.

Por ejemplo, los psiquiatras mencionaron utilizar las creencias religiosas que consideran al suicidio como algo pecaminoso y a quien lo realiza como pecador para “hacer entender” a los pacientes que tienen que salir adelante y así evitar un nuevo intento de suicidio. El dilema reside en que el médico, mediante tal argumentación, supone estar evitando un daño, el intento suicida, pero al mismo tiempo estará reforzando el estigma hacia dicha conducta y hacia su ejecutor. No cabe duda de que lo más benéfico es lo primero, pero lo segundo representa también un mal, porque, además de no respetar los valores y creencias del paciente, es una práctica impuesta bajo el nombre de prevención(1), en donde la coerción psiquiátrica sustituye a la teológica.

Ciertamente, intentar convencer a una persona para que se abstenga de actuar de una manera que consideramos perjudicial para sus intereses morales, económicos o sanitarios es siempre algo permisible, pero esto no justifica sustituir la persuasión por la coerción(1). También, es real que los galenos tiendan a asumir que los otros (pacientes) comparten los mismos valores o motivaciones y expectativas. Esto puede oscurecer el significado de la comunicación con la asunción de que la gente piensa las mismas cosas y sólo las expresa con diferentes palabras(13).

Por ello, el principio de autonomía, que incluye valores y creencias del paciente como principal consideración, se difuminó ante el paternalismo prevaleciente en la determinación de las responsabilidades morales de los galenos. No obstante, del principio de beneficencia es rescatable el valor de la persona del médico, en cuanto a su labor humanizante, ayudando a adoptar libremente las decisiones que inspire la prudencia(17) como principal virtud. Así, los pacientes alcanzaron a reconocer

que la virtud se aprecia más en las cualidades empáticas y benevolentes del médico, mediante las cuales ellos percibieron la sensación de estar protegidos(18). Por esto, no hay que olvidar que el *ethos* de médico de la beneficencia apela a e incluye los valores y virtudes, y que ha sido la bioética la que ha insistido en “incorporar los valores morales para otorgarle a la práctica médica el sello de excelencia que por su sola sofisticación técnica jamás podría alcanzar”(19:43).

Con base en lo anterior, podemos reconocer que la relación médico-paciente no es una relación única y estática, sino un encuentro complejo y progresivo(20), en el que ambos actores pueden adoptar distintos papeles de acuerdo con factores como el tipo de enfermedad o las conductas normativas y las expectativas sociales(21). Sin embargo, queda claro que la responsabilidad del médico (beneficente o paternalista) consiste “en hacerse cargo de la asimetría de autodeterminación que hay entre el galeno y paciente, en tomar conciencia de la asimetría que está en permanente riesgo de traducirse en autoridad hecha poder. La responsabilidad del médico le impone el requerimiento moral de reducir esta desigualdad y orientar en beneficio del paciente aquel residuo indeleble de asimetría que siempre persistirá”(19:43).

En la relación terapéutica que se establece para tratar los casos de intento de suicidio, la asimetría, a veces voluntaria y a veces involuntaria, en ocasiones necesaria y en otras inútil, puede llegar a extremos en los cuales exista un trato indiferente carente de conmiseración por el paciente. Contra ello habría que percibir las circunstancias del paciente, su dependencia ante el médico y su necesidad de protección, apoyo y ayuda efectiva. Esto conlleva a una exigencia de la genuina *philia* y de juntar en un solo trato el respeto y la compasión(16,20). En otras palabras, la ética revela que la responsabilidad que cada quien tiene ante sí mismo y su propia conciencia, la tiene en el fondo ante los demás(22).

Bajo la idea de la responsabilidad simultánea (con uno mismo y los otros), en el modelo interpretativo se desarrolla una relación entre médico y paciente que se ciñe a los cánones éticos de la comunicación y el diálogo, en los cuales el médico debería tener presente la autonomía disminuida del paciente y entender que la autonomía es gradual, es decir, puede ser relativa, por momentos o permanentemente(5,23), pero que esto depende de las circunstancias de cada paciente, de su historia y biografía, de su dolor subjetivo y de la

temporalidad del intento de suicidio, entre otros. Es decir, los pacientes no son homogéneos(15).

Si el paciente es tratado como un incapaz, incompetente *a priori* o en general, el médico no podrá entender que el intento de suicidio puede interpretarse como una forma de enfrentar un destino con un dolor o mal subjetivo (duelo, depresión, pocas ganas de vivir, miedo) considerado peor que la muerte. Por ello, quitarse la vida es una acción orientada al futuro, una anticipación(1).

Desde la psicología<sup>3</sup> entendemos que la persona totalmente autónoma no existe; somos más o menos autónomos siempre en función de las circunstancias y de las comparaciones con los demás o con nuestro pasado o futuro. Esto no resta valor al término, aunque obliga a tener en cuenta que nuestra necesidad de autonomía es intrínsecamente contradictoria con la necesidad de relacionarnos con otro seres humanos(1). Ejemplo de este argumento es cuando los pacientes buscan la ayuda del médico y se “ponen en sus manos”; de la “independencia” pasan a la “dependencia” en la relación con su médico.

Por esta misma razón, en el discurso médico se percibe una falta de reconocimiento de la gradualidad de la autonomía en los sujetos que intentaron suicidarse; ni siquiera es considerada o tomada en cuenta, como se observó en los disensos y consensos presentados en cuanto a la autonomía.

De esta manera, el paternalismo que subyace en la atención de los casos de intento de suicidio puede obstaculizar la presencia y acción de los principios bioéticos y dificultar la atención y prevención del intento de suicidio. Con ello, los discursos yuxtapuestos de los médicos y los pacientes parecen dar continuidad al paternalismo y eliminar el diálogo bioético.

No obstante, a partir de estos resultados, también podríamos concluir que los principios son evidentemente medios para el diálogo, cuyo “producto” más visible sería el consenso frente a ciertas decisiones que involucran a personas(7); en tanto que su disenso ayuda a formular los problemas, diseñar estrategias de resolución y permitir el ordenado debate sobre las discrepancias. En sí, el mérito de los dos principios de la bioética –beneficencia y autonomía– radica en la simplificación que otorgan al proceso de discernir

3 En particular la psicología que estudia los procesos de la subjetividad.

miento bioético, convirtiéndolos en procedimiento para su aplicación.

Por último, la prevención del intento de suicidio parece no tener grandes esperanzas con el paternalismo, pues ha sido con este modelo que desde siempre se ha tratado de prevenir. Continuar con el paternalismo que practican los médicos psiquiatras y mantienen los pacientes que intentan suicidarse parece abrir un dilema ético ante la idea de tratar de cambiar a otro tipo de atención y prevención sustentado en la bioética. Nuestra insistencia no obedece a una necesidad científica, sino a entender que la bioética permite ver que distintas concepciones de lo bueno deben tratar de convivir dentro del margen de lo justo(24); por ello, habría que continuar utilizando las herramientas de la bioética en aras de la prevención del fenómeno suicida.

Sabemos que no está en nuestro poder evitar la muerte pero sí está en nosotros la respuesta ética y vital ante la

muerte, la cualidad moral de esta, su bien o su mal: su sentido propiamente humanizado. Para eso apelamos al *ethos* del médico, cuyo fin sería luchar contra el dolor del paciente, darle la oportunidad de salvaguardar su margen de “autonomía” disminuida(22) y no sólo buscar asegurarle la sobrevivencia.

### Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias al proyecto “*Bioética y Salud mental: disyuntivas en las concepciones bioéticas que afectan la terapéutica de un intento suicida*” 4601 del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. El trabajo se enriqueció gracias a los seminarios del Proyecto de Investigación: *Epistemología, psicología y enseñanza de la ciencia*, DGAPA/PAPIIT IN401006 de la Universidad Nacional Autónoma de México y al Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Fogarty Internacional Center, Grant R25 TW006056, 2005, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.

### Referencias

1. Szasz T. *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. España: Paidós; 2002.
2. Borges G, Wilcox H, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal behaviour in the Mexican national comorbidity survey (M-NCS): lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005; 28(2): 40-46.
3. Cohen D. *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
4. Cohen D. *Inteligencia ética para una vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Latinoamericana; 2006.
5. Beauchamp T, McCullough L. *Ética Médica*. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Editorial Labor, S.A.; 1983.
6. Rodríguez E. Relación médico-paciente y práctica médica. In: Lolas F, ed. *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*. Chile: OPS/OMS; 2004. p. 61-72.
7. Lolas F. *El diálogo moral de las ciencias de la vida*. 2n ed. Santiago, Buenos Aires, Montevideo: Mediterráneo; 2003.
8. Vignaux G. *La argumentación. Ensayo de lógica discursiva*. Argentina: Hachette; 1983.
9. Fernández L, Pimentel M. El sujeto de la salud mental a fin de siglo. *Tramas 10. UAM-Xochimilco 1994*: 179-182.
10. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (ed. rev. 2002). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003.
11. World Medical Association. *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subsets*. Helsinki, Finlandia, 18th WMA General Assembly; Edimburgo, Escocia: 52nd WMA General Assembly; 2000.
12. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003.
13. Kentsmith D, Salladay S, Miya P. *Ethics in mental health practice*. United Kingdom: Grune and Stratton, Inc.; 1986.
14. Lolas F. *Bioética y medicina. Aspectos de una relación*. Santiago de Chile: Biblioteca Americana; 2002.
15. Gil V. *Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2004.
16. González J. *El poder de eros. Fundamentos y valores de ética y bioética*. México: Paidós, UNAM; 2000.
17. Chauchard P. *Moral y medicamentos*. Madrid: Ediciones Morata; 1967.
18. Kottow M. Bioética y Biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(2): 110-121.
19. Kottow M. Enseñando las paradojas de la autonomía. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2000; 24(3): 40-45.

20. Tauber A. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Massachusetts: MIT Press; 2005.
21. Lee G, Sotelo G, Casa O. La objeción de conciencia en la práctica del médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 2006; 49(3): 121-125.
22. González J. *El ethos, destino del hombre*. México: Fondo de Cultura Económica, FFyL, UNAM; 1996.
23. Álvarez I. *La eutanasia voluntaria: autónoma*. Madrid: Editorial Madrid; 2002.
24. Beuchot M. *Interculturalidad y derechos humanos*. México: Siglo XXI, FFyL, UNAM; 2005.

Recibido: 13 de enero de 2009

Aceptado: 23 de junio de 2009

# LOS COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y PSICOSOCIAL EN BOLIVIA

Elizabeth C. Zwareva Mashiri\*

**Resumen:** Este artículo reporta un estudio realizado en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz en Bolivia. Interesaba saber cuál era la situación de la bioética en Bolivia y cómo se estaba protegiendo a los sujetos de investigación. Luego de revisar algunos conceptos bioéticos, la legislación boliviana y los métodos del estudio se dan a conocer los resultados del mismo, los cuales revelan gran desconocimiento respecto de cómo proteger los derechos de los sujetos, por la casi ausencia o el inadecuado funcionamiento de los comités de ética de la investigación.

**Palabras clave:** sujetos de investigación, comité de ética, principios bioéticos, dignidad humana

---

## BIOMEDICAL AND PSICOSOCIAL SCIENTIFIC ETHICAL REVIEW COMMITTEES IN BOLIVIA

**Abstract:** This article reports a study carried out in the cities of La Paz, Cochabamba and Santa Cruz in Bolivia. The interest was to know the situation of bioethics in Bolivia and how research subjects are being protected. After revising some bioethical concepts, Bolivian legislation and study methods, results revealed great lack of knowledge on how to protect research subjects, due to the almost absence or inadequate functioning of scientific ethical review committees.

**Key words:** research subjects, ethics committee, bioethics principles, human dignity

---

## OS COMITÊS DE ÉTICA DE PESQUISA BIOMÉDICA E PSICOSSOCIAL NA BOLÍVIA

**Resumo:** Este artigo reporta a um estudo realizado nas cidades de La Paz, Cochabamba, e Santa Cruz, na Bolívia. Interessava-se saber qual era a situação da bioética na Bolívia e como se estava protegendo os sujeitos de pesquisa. Ao revisar alguns conceitos bioéticos, a legislação boliviana e os métodos de estudo foi possível identificar os resultados pesquisados; esses revelaram grande desconhecimento a respeito de como garantir os direitos dos sujeitos de pesquisa, por conta da quase ausência e/ou do inadequado funcionamento dos comitês de ética de pesquisa.

**Palavras-chave:** sujeitos de pesquisa, comité de ética, princípios bioéticos, dignidade humana

---

\* Maryknoll Sisters of Saint Dominic, Bolivia. Becaria del Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Fogarty Internacional Center, Grant R25 TW006056, 2007.

**Correspondencia:** ezwareva2004@yahoo.com

## Introducción

En Bolivia los problemas relacionados con la no importancia de la revisión y la deficiencia ética de los protocolos se centran en la escasez de los comités de ética de la investigación. Por otra parte, además de la inadecuada educación bioética de los miembros de estos comités, existe un desconocimiento de la bioética como materia esencial en la formación profesional del investigador.

En Bolivia los investigadores deberían considerar la relevancia de las siguientes preguntas: ¿qué se investiga? ¿Cómo se investiga? ¿Cómo se trata al sujeto de la investigación? La instancia que debe facilitar la reflexión es el Comité de Ética de Investigación, cuya tarea fundamental es brindar protección a las personas objeto de experimentación. Ezekiel Emanuel reduce los requisitos que hacen que la investigación sea ética al valor, validez científica, selección equitativa de los sujetos, proporción favorable de riesgo-beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto a los sujetos inscritos(1). Por lo visto, estos aspectos no han sido considerados en la elaboración, presentación y ejecución de los proyectos en Bolivia. La falta de medidas de protección a los sujetos hace peligrar su salud y sus vidas.

Una reflexión auténtica se fundamenta en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Entre la ciencia y la bioética debe existir una relación dialógica, es decir, acción que se acompaña por reflexión.

Nuestro estudio –enfocado en los comités de ética de investigación biomédica y psicosocial en seres humanos– fue un intento por acercarnos a la situación actual de la bioética en Bolivia.

## La investigación en Bolivia

Como miembro de la comunidad mundial, Bolivia se ha beneficiado con los avances de la biotecnología, producto de la investigación tecnocientífica. Nuestra hipótesis afirma que no hay suficientes instancias para proteger a la persona humana como sujeto de la investigación biomédica en este país y que la investigación en seres humanos se practica sin un control riguroso.

Las poblaciones vulnerables necesitan que los comités les brinden las condiciones de protección que no limiten su capacidad y libertad de consentimiento. Es preciso preguntarse qué leyes regulan la investigación en seres

humanos. Se espera que el investigador actúe responsablemente y proteja a los sujetos de la investigación.

## Legislación boliviana

La nueva Constitución Política del Estado, promulgada el 7 de febrero de 2009, establece que: “Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos (Art. 42.I). (...) Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida (Art. 44.I). (...) Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento (Art. 44.II)”(2).

El Código de Ética y Deontología Médica de 2004 (artículo 103) menciona la necesidad de que los protocolos sean aprobados por un Comité de Investigación(3). Sin embargo, ¿qué se puede esperar si en la institución no existe un Comité que evalúe los protocolos de investigación? La velocidad del avance tecnocientífico desafía la reflexión bioética, la que debe incrementar su influencia en el ámbito de la investigación con seres humanos. Según Diego Gracia, resulta imposible “compaginar ciencia y vida evitando que haya conflictos”, pero sí promover una “visión responsable”, lo que se puede interpretar como tener un diálogo fructífero que ayude a mejorar la vida del hombre(4).

## La realidad sociocultural y la investigación

¿Cómo se puede hablar de protección de la persona humana, sujeto de la investigación, sin considerar el ambiente en que vive? En Bolivia la pobreza y la violencia degradan el valor de la vida. Sin embargo, la tarea de la bioética es educar para la paz, para defender el derecho a la vida y promover el progreso. Presentar un proyecto de investigación que ofrezca como recompensa un poco de comida o un poco de dinero es suficiente para atraer la participación de gente pobre. No obstante, los comités de ética pueden identificar las poblaciones vulnerables y velar por su protección y bienestar y el Estado crear leyes que concuerden con las pautas internacionales.

Aunque la interdisciplinariedad de la bioética hace que sea posible incorporarla en cualquier campo de

estudios, en Bolivia no se la reconoce como materia importante y esencial en el campo académico. La calidad de la bioética demanda un espacio único dentro de los programas de formación en investigación con seres humanos.

Para avanzar en la solución de los problemas de formación bioética era necesario estudiar la situación actual sobre el funcionamiento de los comités de ética en Bolivia y luego proponer la elaboración de programas de educación permanente en esta área. En el estudio, cuyos resultados aquí se publican, las preguntas fundamentales se enfocaron sobre la existencia de los comités en Bolivia, la educación de los miembros y la manera de proteger a los sujetos de la investigación. Según nuestro juicio, el estudio de los comités de ética de la investigación refleja el estado de la bioética en Bolivia, porque pregunta sobre el nivel de preparación de los miembros y los principios básicos que se deben seguir en la evaluación de protocolos y ensayos clínicos. El universo del estudio se limitó a las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

## Métodos

Primero, se elaboró un cuestionario dirigido a los actores principales de instituciones educativas en salud e investigación. La pregunta de fondo fue: ¿cuál es la situación de la bioética en Bolivia y cómo se está protegiendo a los sujetos de investigación?

El instrumento se divide en tres partes: tenencia de comités, composición, conformación y funcionamiento de los comités y medida de los conocimientos sobre la investigación y la manera de proteger al sujeto humano.

Veintitrés representantes de instituciones participaron en el estudio. Se solicitó el consentimiento escrito de los participantes antes de aplicar el cuestionario. Al concluir el estudio, se analizaron los datos y se los separó en categorías.

## Resultados

Después de categorizar las preguntas relacionadas, se analizaron los resultados tomando en cuenta cada pregunta y sus indicadores. Para asegurar la protección de la identidad de cada institución, se asignó un número a cada cuestionario.

Los resultados demostraron incertidumbre en cuanto a la definición de los comités de ética de la investigación.

Algunas instituciones indicaron que realizan investigación sin la presencia de una entidad evaluadora, por lo cual se esperaba que usaran la prestación de servicios de quienes sí tenían un comité de ética de la investigación, hecho que no fue así.

## *Los comités de ética de la investigación*

El promedio de miembros que conforman el comité fue de siete, que se reúnen por lo menos una vez al mes. Pocos comités informan de la presencia de miembros legos durante las reuniones. No se define la forma de tomar decisiones, tampoco es claro qué cargos tienen los miembros. No se ha entendido el término “conflicto de interés” y cómo resolver los problemas que este problema suscita durante las sesiones.

La mayoría de los comités fueron establecidos entre 2003 y 2008. Sobre la figura legal que los crea, tres instituciones informaron que fue por resolución ministerial y el resto mencionó resoluciones institucionales o algún manual de la organización.

En cuanto a las actas, se observan discrepancias entre las instituciones que reportaron tener comités (un total de trece) y los que disponen de actas de las reuniones.

La mayoría de las instituciones (diecisiete) no informa sobre los protocolos evaluados, a causa de la falta de registros. Algunos participantes no tenían información alguna sobre los trabajos evaluados, de los cuales se excluyeron los retrospectivos, que se consideran trabajos científicos que involucran a sujetos humanos.

Algunos representantes mencionaron dificultades relacionadas con la regularidad de las reuniones, asistencia de los miembros y múltiple conformación del Comité; otros, la escasa disponibilidad de tiempo para evaluar proyectos y serias dificultades de financiamiento para el funcionamiento del Comité.

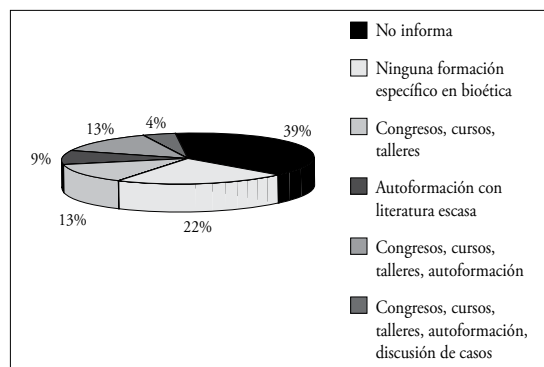
El estudio indica que los miembros son en su mayoría profesionales y con muchas responsabilidades. Los problemas indicados se vinculan estrechamente con las mismas funciones que se van realizando y que no permiten dedicar más tiempo a la evaluación de protocolos ni a las reuniones. También se percibe incertidumbre en cuanto a la ejecución de funciones como comité evaluador, problema que sólo se podrá solucionar con una buena formación de los miembros.



### ***La formación bioética de los miembros***

Los miembros de los comités adquirieron su formación en bioética de varios modos: asistencia a congresos de bioética, seminarios, Internet, entre otros. Otras instituciones indicaron que no tenían estudios específicos en el área de la bioética. Entre las instituciones que no informaron y las que dijeron no tener formación alguna suman el 61%.

Formación Bioética de los miembros



Es importante indicar que se han realizado cuatro congresos bolivianos de Bioética después del nacimiento del “Comité Impulsor de Ética y Bioética, el 7 de septiembre de 2000. El Primer Congreso Boliviano de Bioética tuvo lugar en 2001, durante la realización se formaron los comités departamentales de bioética...” (5). El segundo Congreso se realizó en 2003; el tercero en 2005 y el cuarto en marzo de 2008.

Los problemas expresados por las instituciones reflejan la necesidad de que los directores reconozcan la importancia de la participación de los miembros de comités en estos encuentros. El estudio revela mucho interés en tener vínculos con otras instituciones para formar grupos cooperativos institucionales en ensayos clínicos y nutrir las propias experiencias. La conformación de vínculos puede ser un instrumento para una colaboración estrecha, que quiebre la competitividad y la indiferencia que impide el avance de la bioética en el país.

### ***Diferencias entre los comités***

Los resultados muestran un grado de confusión respecto de la diferencia entre un comité de ética de la investigación y otros comités. Es necesario educar para que estos conceptos se clarifiquen. El trabajo de la evaluación de los protocolos es una tarea exigente; por lo tanto, es importante no saturar a los comités de ética de la investigación

con otras tareas que correspondan a otra clase de comités. Confundir su rol puede repercutir en la calidad de la evaluación y el posterior seguimiento de los proyectos.

### ***El reglamento sobre la investigación***

Once entidades afirmaron conocer la existencia de un reglamento nacional sobre la investigación en seres humanos, pero cuatro de ellas mencionan “algún” reglamento. Siete dijeron que no existe un reglamento, tres lo desconocen y dos no respondieron. La mayoría (doce instituciones) está de acuerdo con la necesidad de tener un reglamento, mientras once no respondieron a la pregunta. Todos los participantes consideraron necesario un reglamento sobre la investigación en seres humanos en Bolivia.

El actual Código de Salud se refiere a la protección del sujeto de la investigación en el Decreto Ley N° 15.629 de 18 de julio de 1978 (Artículos 147 y 148)(3). Igualmente, el Código de Ética Médica del Colegio Médico de Bolivia dedica unos artículos a la investigación biomédica y reconoce su importancia y la necesidad de seguir normas y pautas nacionales e internacionales sobre la investigación en seres humanos(6).

Para una mayor relevancia, el reglamento necesita una instancia oficial que impulse su establecimiento y asegure su observancia. Aunque la mayoría no indicó una instancia impulsora, cinco mencionaron al Ministerio de Salud, además de otras sugerencias.

### ***La revisión ética***

Once representantes de las instituciones expresaron que la revisión ética de los protocolos de investigación no interfiere con el proceso de la investigación. Seis no respondieron, cinco afirmaron que la revisión ética sí interfiere y una que la revisión ética interfiere y no interfiere con el proceso de la investigación. Para una mayoría, la revisión ética es necesaria y obligatoria (de veintitrés instituciones), dos consideran que no es necesaria ni obligatoria. Sólo una institución no respondió a esta pregunta.

Algunos piensan que el mismo investigador debe evaluar sus propios proyectos, pero el peligro mayor es el de la omisión de sus propios errores éticos. Seis no respondieron y siete estaban de acuerdo con que lo realice el mismo investigador. Nueve no estaban de acuerdo con la autoevaluación y uno optó por los dos medios.

Un 83% los encuestados está de acuerdo con que la evaluación ética debe continuar después de la aprobación y un 17% no contestó. El 78% no indicó la modalidad del análisis ético, mientras que los otros indicaron que debía ser mediante reglamentos (9%), documentos nacionales e internacionales (9%), y que deben realizarla los comités de ética de la investigación (4%).

## Conclusiones

Los resultados del estudio revelan una carencia en el conocimiento de cómo proteger a la persona humana en la investigación. Existe una tendencia negativa que indica la casi ausencia o el inadecuado funcionamiento de los comités. No se diferencian los comités de ética de la investigación de otros comités.

La falta de financiamiento y de apoyo a los comités limita la participación de los miembros, los cuales deben reunirse en su tiempo libre y buscar la manera de cubrir los gastos implicados en su organización y funcionamiento. Además de una insuficiencia en la formación bioética de los miembros, no se conoce la existencia de normas que regulen la investigación en seres humanos en Bolivia.

## Recomendaciones

Tomando en cuenta los resultados de este estudio, se debe iniciar un diálogo interinstitucional que ayude a buscar una manera eficaz y seria de implementar comités de ética de la investigación, tomando como modelos los comités existentes. Según uno de los participantes en el estudio: “En Bolivia será necesari-

rio impulsar niveles académicos formales y, hasta el presente, ninguna universidad ha mostrado interés en hacerlo”, afirmación que se debe tomar en serio y buscar respuestas concretas.

Es necesario avanzar en el conocimiento de las normas y guías internacionales sobre la investigación en seres humanos, a partir de las cuales se elaboren normas nacionales que puedan guiar la investigación en Bolivia. Las instancias indicadas para la tarea son: el Comité Impulsor de la educación en Bioética, el Ministerio de Salud y el Gobierno Nacional.

Es indispensable contar con un organismo que pueda acreditar a los comités y asegurar su conformidad con los reglamentos internacionales y nacionales, además de tener un reglamento nacional sobre la protección de sujetos de la investigación biomédica y psicosocial. El Ministerio de Salud debe preocuparse por difundir la existencia de reglamentos y leyes referentes al tema.

Se recomienda una mayor colaboración interinstitucional y generosidad al compartir conocimientos y materiales. Considerando la importancia de la educación en bioética, es menester que las autoridades asignen fondos para el proyecto y no esperar que las personas aporten sus propios recursos para este fin.

## Agradecimientos

Al Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile (Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Fogarty International Center, Grant R25 TW006056, 2007) y a la Congregación de las Hermanas de Maryknoll, entidades que desinteresadamente apoyaron el desarrollo del estudio hasta su término.

## Referencias

1. Lolas F, Quezada A. *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003: 85-90.
2. *Constitución Política del Estado*. Promulgada el 7 de febrero de 2009. La Paz: Librería Editorial MULTI; 2009.
3. *Código de Salud*. Decreto de Ley N° 15.629 de 18 de julio de 1978. U.P.S. La Paz (Bolivia); 2005.
4. Gracia D. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. En: *Ética y vida*, 4. Ed. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
5. Luna Orosco J. La bioética en Bolivia: antecedentes y proyecciones. En: Pessini L, Barchifontaine CP, Lolas F. (coords.) *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*. Santiago de Chile: Programa de Bioética OPS/OMS; 2007.
6. Estatuto Orgánico del Colegio Médico de Bolivia, 2004. Disponible en [http://www.colegiomedicodebolivia.org.bo/documentos/ESTATUTO\\_ORGANICO.pdf](http://www.colegiomedicodebolivia.org.bo/documentos/ESTATUTO_ORGANICO.pdf), último acceso en mayo 5, 2010.

Recibido: 17 de marzo de 2009

Aceptado: 23 de octubre de 2009

**RICOEUR, PAUL*****Tiempo y Narración***

México, Siglo XXI Editores, sexta edición española, 2007.

La primera edición en francés de esta obra data de 1985.

Sus fundamentos proceden del análisis del tiempo en las “Confesiones” de San Agustín y del concepto de *mythos* (que aquí se traduce por trama) de la “Poética” de Aristóteles. Sus tres volúmenes versan sobre el tiempo en el relato histórico, el tiempo en el relato de ficción y la experiencia del tiempo en la narración.

La principal aportación de las ideas de Ricoeur es difícil de circunscribir. Se trata de una obra monumental que explora los horizontes de la vida humana en tanto narración y las implicaciones que ello tiene para la historia, la ficción narrativa y la experiencia del tiempo. Impresiona, por de pronto, la amplitud de las exploraciones, que van desde la obra de los historiadores franceses de la escuela de los *Annales* hasta las consideraciones nomológicas de raigambre hempeliana en lo histórico, y desde la narratología científica hasta la comprensión inteligible de los textos de ficción, con enjundiosos análisis de obras como “En busca del tiempo perdido”, “La señora Dalloway” y “La montaña mágica”. En estos análisis se logra, además de la densidad intelectual del filósofo, la intuición del esteta y la sensibilidad del crítico.

En el quehacer bioético, el estudio de esta obra es importante por varios motivos, de los cuales solamente destacaremos dos.

Primero, como toda narración histórica, la de la misma bioética como disciplina y como discurso oscila entre la coyuntura y la estructura. El tratamiento escolar del tema lo reduce a cuatro o cinco acontecimientos relevantes (Nuremberg, Tuskegee, Willowbrook y otros) y trata de formar una seriación del tipo causa-efecto entre esos sucesos y el desarrollo de la embrionaria teoría que abona el principialismo ingenuo. Poca atención se presta en esta reconstrucción a la estructura social en la cual se dan los fenómenos de la investigación científica y sus aplicaciones en los planos del conocimiento y del bienestar. Las reflexiones de Ricoeur merecerían ser tratadas en todo curso que confronte las raíces históricas del movimiento bioético.

En el trabajo de deliberación comunitaria que los comités ilustran, es evidente que lo narrativo –y por extensión lo hermenéutico– tiene destacado papel, aunque ello no sea siempre reconocido en el trabajo cotidiano. Lamentablemente, comprender se transforma a menudo en asunto de sentimientos y psicología, lo cual enturbia el trabajo sistemático de la tradición filosófica en la epistemología de la vida cotidiana y el tratamiento del *Lebenswelt*, que esencialmente constituyen el trabajo dialógico. Ricoeur, con su insistencia en la comprensión narrativa, explora más allá de la empatía o la simpatía y puede acercar el análisis del juicio moral al estudio de los equilibrios lógicos y reflexivos que permiten tomar decisiones.

Sin duda alguna, esta obra fundamental debiera tener un sitio en los estudios bioéticos, aunque su autor no necesariamente haya desarrollado sus implicaciones en este campo.

Fernando Lolas Stepke

**LOLAS STEPKE, FERNANDO**

***Bioética en América Latina. Una década de evolución***

Monografía de Acta Bioethica n° 4, Santiago de Chile, CIEB Universidad de Chile y Programa de Bioética OPS/OMS, 2010.

Se recogen en este libro algunos escritos del Dr. Fernando Lolas en los años en que ha estado al frente del Programa de Bioética de la OPS/OMS. Como explica el mismo autor, “Las notas aquí reunidas son escritos de circunstancia y constituyeron editoriales del boletín *Bioética Informa*, editado por el Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre 2000 y 2010. Representan una crónica de sucesos, acontecimientos e ideas que adquirieron relieve o vigencia, algunos en forma fugaz, otros algo más permanentemente. Documentan una microhistoria de intereses y reflejan algo de los modos de abordar distintos problemas y temas que ocuparon al Programa de Bioética en el decenio”.

Estos editoriales tratan temas muy variados. Algunos hacen referencia al desarrollo de la bioética en Latinoamérica y a sus desafíos actuales: bioética y contexto social; la acreditación de la bioética; el debate sobre los medios y los fines; macrobioética y metas de desarrollo del milenio; la bioética como método. Otros hacen referencia a cuestiones de gran actualidad que inciden también en el ámbito de interés de esta interdisciplina: sostenibilidad, equidad y poder; genómica y salud mundial; consecuencias de los conflictos de intereses; las políticas públicas, los servicios de salud y la bioética; la bioética en el contexto de la globalización; el papel hermenéutico de la bioética en las regulaciones en materias de salud, y el fundamento ético de las regulaciones y las normas.

Otros dos grandes temas están presentes: la enseñanza de la bioética, con varios editoriales, y la ética de la investigación, a la que ha dedicado especial interés el Dr. Fernando Lolas, con la promoción de cursos de posgrado para profesionales de toda Latinoamérica que puedan aportar a las comisiones nacionales y a los comités de ética científica. Escribe así sobre la investigación científica; la evaluación ética en investigaciones biomédicas, epidemiológicas y psicosociales; la ética de la publicación científica.

También recoge el libro algunos artículos del autor sobre la dimensión bioética de las profesiones; la ética de la vacunación, a partir del caso de la vacunación de la viruela en las colonias españolas, dirigida por el Dr. Francisco Xavier de Balmis en los comienzos del siglo XIX; el “imperativo bioético” de Fritz Jahr –precursor de la bioética, como ha puesto de manifiesto el mismo autor– y la neobioética estadounidense; el “caso Cajal” y el español como lengua científica, y, finalmente, la biopersonalidad como constructo de la Escuela de Heidelberg y fundamento de una sociología de la medicina, basada en una concepción relacional de la persona.

Estos escritos, “examinados en su contexto histórico, permiten reconstruir parcialmente lo que ha sido este quehacer bioético en América Latina y el Caribe, a través del prisma de una tarea y un cometido particulares. Por cierto, no se alude a todos los temas ni se menciona todo lo acontecido, pero ello no es óbice para indicar que algo de interés tendrán (...) para quienes reconstruyan el pasado que ahora es presente”. Pensamos que no solamente serán de gran interés para la historia del desenvolvimiento de la bioética en nuestros países, a la que indudablemente tanto ha contribuido el Programa de Bioética, sino también como introducción a la fructífera tarea del Dr. Fernando Lolas en tantos escritos y libros, y en la extensa colección de publicaciones de bioética editada en estos años.

Francisco Javier León Correa

**MAGALHAES BOSI, MARÍA LUCÍA; MERCADO, FRANCISCO JAVIER (COORDS.)*****Investigación cualitativa en los servicios de salud***

Buenos Aires, Editorial L, 2007, 448 pp.

Esta obra reúne la producción de un conjunto de investigadores y profesionales que trabajan en los servicios de salud, que proceden de diferentes regiones e instituciones y cuya identidad se construye en torno al interés común en la temática de la investigación cualitativa en los servicios de salud.

En la primera parte –“Reflexiones”– se examinan los conceptos y temas fundamentales para la comprensión del enfoque cualitativo, dentro de los que se encuentran: el carácter polisémico de términos como calidad y evaluación cualitativa; diferentes tipologías de evaluación; el problema de la complementariedad metodológica; la compleja etapa del análisis de informaciones cualitativas y sus estrategias y una propuesta de un modelo conceptual orientado a la comprensión de algunas cuestiones que constituyen grandes problemas en el campo de la promoción y asistencia a la salud.

La segunda parte –“Experiencias”– consta de nueve estudios empíricos sobre temas relacionados con los servicios de salud en diferentes países, regiones y contextos sociales, fundamentados en diversas referencias teóricas.

La temática de la investigación cualitativa de los servicios reviste así una importancia especial para los profesionales de la salud, las instituciones formadoras y, sobre todo, para los actores sociales que participan en la planificación, puesta en práctica y evaluación de las intervenciones sanitarias.

**COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD*****La anencefalia como problema bioético***

Mar del Plata, Ediciones Suárez, 2008, 160 pp.

Este libro recoge la experiencia de análisis de casos de anencefalia planteados en el Comité de Ética del Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina. La postura adoptada por el comité después de varios procesos de deliberación se basó en dos pilares: “por un lado, el respeto por la autonomía simbólicamente mediada de los implicados que tienen voz y, por el otro, la certeza de inviabilidad de los fetos anencefálicos (...) dado el riesgo para la gestante, lo vemos como un problema médico que no debiera judicializarse, y lo consideramos como un “problema” y no un “dilema”, porque para nosotros tiene solución: acompañar a la embarazada y a su familia a efectivizar la decisión que tomen, convenientemente informados y contenidos”.

No es mucho lo escrito acerca de las experiencias de los comités de ética, bien rica y variada en este momento, y este libro nos ayuda a impulsar que se difunda, para ayuda a la tarea de los demás comités.

**HALL, ROBERT*****Bioética institucional: problemas y prácticas en las organizaciones para el cuidado de la salud***

México, Fontamara, 2008, 224 pp.

En este libro el lector encontrará varias estrategias éticas o morales que pueden ser valiosas para las instituciones u organizaciones dedicadas al cuidado de la salud: declaraciones de propósitos, análisis *stakeholder*, dictámenes consultivos, auditorías éticas, análisis de impactos y declaraciones sobre conflictos de intereses. El capítulo sobre el concepto de conflicto de interés incluye una discusión acerca del autocontratarse; la aceptación de regalos u obsequios, sobornos o “mordidas”; el uso inapropiado de la influencia; el uso de propiedad, tiempo e información, empleo ajeno y el problema de la soplonería, además varias perspectivas éticas referidas a los remedios para solucionar posibles conflictos de intereses. Asimismo, se abordan otros aspectos que son base fundamental de la reflexión bioética contemporánea: responsabilidad de las instituciones en el cuidado de la salud para sus pacientes (la bioética clínica); la ética de investigaciones biomédicas y la ética medioambiental. La riqueza de este libro se encuentra, sin duda, de inicio a fin, en interesantes y polémicas ilustraciones mediante la discusión y reflexión de casos reales actuales.

**PÉREZ DE NUCCI, ARMANDO M.**

***Antropoética del acto médico***

Tucumán, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional, 2008, 191 pp.

El autor aborda los cambios que ha sufrido la medicina a lo largo de su historia, y la variación del protagonismo del sujeto enfermo. El auge de la tecnología médico-científica y la aparición de la pobreza como determinantes y condicionantes de la atención médica han llevado a la despersonalización del acto médico, siendo reemplazado por una atención que ha desplazado al hombre como sujeto, gestor y única razón de ser de la medicina. Pérez de Nucci, desde su larga experiencia, analiza la historia del acto médico, el problema del lenguaje en medicina y la medicalización del lenguaje cotidiano, la ética biomédica en los comienzos del siglo XXI y las modificaciones del desempeño médico en las actuales condiciones de pobreza. Todo esto le lleva a la propuesta desde la medicina y la filosofía de la creación y desarrollo de una “Ética para la Erradicación de la Pobreza”, que es –en palabras del autor– “el ámbito de investigación ética en el que filósofos, médicos, economistas y agentes de desarrollo, en un ambiente pluralista y de reflexión ecuménica, en diálogo y trabajo coordinados, en un marco interdisciplinario y de equipo, elaboren orientaciones, establezcan principios y planifiquen estrategias que ayuden a erradicar la pobreza –y si es posible sus causas– de nuestros pueblos”.

**SCHMIDT, LUDWIG; CECCHETTO, SERGIO**

***Derechos de los pacientes y consentimiento informado***

Caracas, San Pablo: Colección Biodiké N° 7, 2009, 64 pp.

Ludwig Schmidt es profesor de la Universidad Católica Andrés Bello, de Caracas, Dr. en Ingeniería, Mg. en Teología, con posgrados en Derechos Humanos y Bioética, con amplia trayectoria docente y miembro de diversas sociedades de Bioética. Analiza en esta obra el desarrollo desde el consentimiento informal al consentimiento informado, como un instrumento de defensa de la autodeterminación y dignidad de la persona. Sergio Cecchetto, filósofo y catedrático de Filosofía y Ética en Mar del Plata, con amplia trayectoria en bioética, fallecido a comienzos del 2009, aborda en esta obra póstuma “Una mirada (no médica) al consentimiento informado en los servicios neonatales”, a partir de los resultados de una investigación que trata de identificar los conflictos éticos subyacentes en el proceso de consentimiento informado, con vistas a mejorar la atención e investigación médicas que ofrecen los servicios neonatales en instituciones de alta complejidad.

**ESTÉVEZ, EDMUNDO; GARCÍA, AGUSTÍN**

***Bioética de intervención. Los derechos humanos y la dignidad humana***

Quito, Textos de enseñanza universitaria, 2009, 300 pp.

Este libro, una herramienta para enseñar bioética, combina teoría y principios con casos de análisis, que plantean al educando preguntas concretas desde la perspectiva latinoamericana sobre temas de actualidad: estudio del genoma, aborto y derechos humanos, el inicio de la vida y los derechos del no nacido, la sexualidad humana y los derechos de la mujer, y la perspectiva ética sobre la conservación, utilización, cuidado y bienestar de los animales de experimentación. Los autores subrayan que la defensa de la dignidad y de los derechos humanos es un reto para la bioética de intervención y la medicina del futuro.

**SLUTZKY, LEONARDO**

***Bioética gerontológica***

Buenos Aires, Librería Akadia Editorial, 2009, 76 pp.

Dirigido a los equipos de salud especializados en la atención de ancianos, expone distintos casos, para aplicar después los principios de bioética que nos ayudan a encontrar las mejores soluciones posibles, para conseguir una atención humanista de los pacientes.

**ARRIETA, RAÚL; REUSSER, CARLOS (COORDS.)**

***Chile y la protección de datos personales. ¿Están en crisis nuestros derechos fundamentales?***

Santiago, Ediciones Universidad Diego Portales, 2009, 99 pp.

En el contexto de una sociedad globalizada, el conocimiento y la difusión del derecho a la protección de los datos personales han adquirido una relevancia creciente, incorporándose a los temas cuya discusión en el ámbito de las políticas públicas resulta fundamental. Este libro procura contribuir a tomar conciencia respecto de la necesidad de proteger la información personal de los ciudadanos y del marco legal necesario para el funcionamiento de los actuales sistemas de tratamiento de datos, además de trazar algunas directrices sobre las soluciones urgentes que el país debe adoptar en materia de derechos fundamentales.

**CHRISTIAN, PAUL; HAAS, RENATE**

***Esencia y formas de la bipersonalidad (traducción y comentarios de Fernando Lolas Stepke)***

**Colección Monografías de *Acta Bioethica*, N° 1**

Santiago de Chile, CEIB Universidad de Chile, Programa de Bioética OPS/OMS, 2009, 147 pp.

Este libro constituye un aporte de la Escuela de Heidelberg, orientación de la medicina alemana caracterizada por su énfasis en lo psicosomático y lo antropológico. Paul Christian, profesor en Heidelberg, fue el sucesor de Víctor von Weizsäcker en la Cátedra y dirigió el *Institut für Allgemeine Klinische Medizin* a partir de 1958. Su coautora, Renate Haas, trabajó como psicoterapeuta en Alemania y Francia. Originalmente publicado en 1949, esta traducción y comentarios se deben a Fernando Lolas, Profesor Titular de la Universidad de Chile, y son el primer tomo de una serie de monografías de la revista *Acta Bioethica*.

**PICARD-AMÍ, LUIS ALBERTO**

***Problemas éticos en la profesión médica***

Panamá, ARTICSA, 2009.

El autor recoge en este libro las experiencias y puntos de vista de toda una vida sobre el ejercicio y el sentido de la medicina, “una profesión en la cual el facultativo no sólo tiene la prerrogativa sino la obligación de ponderar sus actuaciones”. “Un lúcido, activo y apasionado médico psiquiatra –en palabras de Alicia Losoviz, en el prólogo del libro– y docente con larga trayectoria profesional y académica, abre el debate sobre temas de importancia universal en medicina, como la relación médico-paciente, la crisis del sistema de salud, la enfermedad mental y la ecología, sin dejar de lado otras comprometidas problemáticas en la sociedad, como los derechos humanos, la corrupción y la tortura”.

**DE PAULA RAMOS, DALTON LUÍZ; LEÓN CORREA, FRANCISCO JAVIER; RIBEIRO NETO, FRANCISCO BORBA; PETRINI, JOÃO CARLOS (ORGS.)**

***Um diálogo latino-americano: Bioética & Documento de Aparecida***

São Paulo, Editora Difusão, 2009, 232 pp.

Este libro fue elaborado con la confluencia de dos diálogos posibles y necesarios, uno entre la bioética y la realidad latinoamericana, y el otro entre la doctrina católica y el pensamiento laico. A partir del “Documento de Aparecida”, el más importante entre los documentos recientes de la Iglesia católica latinoamericana, se discute la relación entre ética, sociedad, desigualdades sociales y experiencia religiosa. Escriben profesores del Núcleo Fe y Cultura de la Universidade de São Paulo, y varios del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile: Patricio Ventura-Juncá, Luis Jensen, Beatriz Shand y Francisco León Correa.

Francisco Javier León Correa

# INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

## 1. Presentación de los artículos

Los trabajos enviados a *Acta Bioethica* deberán prepararse de acuerdo con la quinta edición (1997) de los “Requisitos Uniformes Para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas” (Estilo Vancouver), establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas.

Ver, por ejemplo: International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47.

## 2. Requisitos técnicos

Los manuscritos deberán ser enviados a:

a) Correo Electrónico: [bioetica@chi.ops-oms.org](mailto:bioetica@chi.ops-oms.org) (en attachment) o

b) Dirección Postal: texto impreso en papel bond blanco, medida estándar ISO A4, con márgenes de por lo menos 2,5 cm, impreso sólo sobre una cara del papel, espaciado doble.

Las páginas serán numeradas en forma consecutiva, empezando por la página de título.

La extensión del texto no debe exceder las 6.000 palabras, incluyendo cuadros y gráficos.

Conserve copias de todo el material enviado.

## 3. Esquema estructural del trabajo

### 3.1 Página titular

La primera página del manuscrito contendrá: 1) El título del trabajo, que debe ser conciso pero informativo sobre el contenido central de la publicación; 2) el nombre y apellidos de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional; 3) nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Instituciones a las que debe darse crédito por la ejecución del trabajo; 4) declaraciones de descargo de responsabilidad, si las hubiera; 5) nombre, dirección, número de Fax y Correo Electrónico del autor responsable de la correspondencia relativa al manuscrito y solicitudes de separatas.

### 3.2 Resumen y palabras clave

La segunda página incluirá un resumen de no más de **200 palabras** que describa los propósitos del estudio o investigación, metodología empleada y las conclusiones más importantes.

Al final del resumen los autores deberán agregar e identificar como tal, de tres a diez “palabras clave” o frases cortas, que ayuden a los indizadores a clasificar el artículo, las cuales se publicarán junto con el resumen. Utilice para este propósito los términos enlistados en el Medical Subject Headings (MeSH) del *Index Medicus*; en el caso de términos de reciente aparición, que todavía no figuren en los MeSH, pueden usarse las expresiones actuales.

Consultar siguiente URL:

• <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Se recomienda a los autores proporcionar su propia traducción del resumen al inglés (abstract), el cual también debe consignar listado de palabras clave (key words). *Acta Bioethica* realizará dicha traducción para quienes no puedan proporcionarla.

### 3.3 Introducción

Expresé el propósito del artículo y resume el fundamento lógico del estudio u observación. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, sin hacer una revisión extensa del tema. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.

### 3.4 Metodología

Detalle los métodos, técnicas y procedimientos seguidos para recoger u organizar la información.

### 3.5 Resultados

Presente los resultados en secuencia lógica dentro del texto, cuadros e ilustraciones. No repita en el texto todos los datos de los cuadros o las ilustraciones; enfatice o resume sólo las observaciones importantes.



### 3.6 Discusión

Enfatice los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. No repita en forma detallada los datos u otra información ya presentados en las secciones Introducción y Resultados. En la sección Discusión explique el significado de los resultados y sus limitaciones, incluyendo sus implicaciones en investigaciones futuras. Establezca el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos presentados. Las recomendaciones, cuando sea apropiado, pueden incluirse.

### 3.7 Agradecimientos

Como Apéndice del texto, una o más declaraciones deberán especificar: a) colaboraciones que deben ser reconocidas, pero que no justifican autoría, tales como apoyo general del jefe del departamento; b) ayuda técnica recibida; c) apoyo financiero y material, y d) las relaciones financieras que puedan crear un conflicto de intereses.

Expresar su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo.

### 3.8 Referencias

- Las referencias deberán numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto (Sistema de orden de mención). Si una referencia es citada más de una vez, su número original será utilizado en citaciones ulteriores.
- Si fuese necesario citar un número de página, este será incluido dentro del paréntesis con el número de referencia. Esta práctica se recomienda al referenciar citas textuales. Por ejemplo:  
La resolución instó a los Gobiernos Miembros a “realizar esfuerzos especiales a través de contribuciones voluntarias para el desarrollo de la investigación catalítica” (17, p. 240).
- Identifique las referencias en el texto, tablas y leyendas mediante numerales arábigos, colocados entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude.
- Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numerarán siguiendo una secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.
- Las referencias deberán ser listadas en orden numérico al final del texto.
- Absténgase de utilizar resúmenes como referencias.
- Las referencias de artículos aceptados, pero aún no publicados, deberán designarse como “en prensa” o “próximamente a ser publicados”; los autores obtendrán autorización por escrito para citar tales artículos, así como la comprobación de que han sido aceptados para publicación.
- **Los autores verificarán las referencias cotejándolas contra los documentos originales.**
- Emplee el estilo de los ejemplos descritos a continuación, los cuales están basados en el formato que la U.S. National Library of Medicine (NLM) usa en el *Index Medicus*. Al referenciar revistas científicas cítelas por su nombre completo (no abreviado).  
(Consultar: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190. o URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

Ejemplos

#### 3.8.1 Artículos de revistas científicas

##### **Autor Individual, artículo que forma parte de una serie**

Lessa I. Epidemiología dos accidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 1985;44(4):225-260.

##### **Más de seis autores**

Liste los seis primeros autores seguidos por “et al.”.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia after Chernobyl: 5 year follow-up. *British Journal of Cancer* 1996;73:1006-12.

##### **Autor corporativo**

Organización Panamericana de la Salud, Programa Ampliado de Inmunización. Estrategias para la certificación de la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje autóctono en las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1993;115(4):281-290.

### 3.8.2 Libros y otras monografías

#### **Individuos como autores**

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2<sup>nd</sup> ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

#### **Directores (editores) o compiladores como autores**

Norman IJ, Redfern SJ, (eds). *Mental health for elderly people*. NewYork: Churchill Livingstone; 1996.

#### **Capítulo de libro**

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and manangement*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.

#### **Material electrónico**

##### ***Artículo de revista en formato electrónico***

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens].

Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

#### **Para mayor información y ejemplos adicionales consultar:**

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997;126:36-47.

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (Inglés).

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISIPUB.htm> (Español).

### **3.9 Cuadros e ilustraciones**

Limite el número de cuadros e ilustraciones a aquellos estrictamente esenciales para la comprensión del texto presentado.

## **4. Separatas**

Deben ser solicitadas por escrito a *Acta Bioethica*, después de recibir comunicación oficial de aceptación del manuscrito enviado. Se asignarán cinco separatas libres de costo a cada autor que lo solicite. Para cantidades superiores de separatas, solicitar Tabla de Costos.

**NOTA:** Para la elaboración del presente documento el **Departamento de Publicaciones y Difusión del Programa Regional de Bioética OPS/OMS** consultó las siguientes fuentes bibliográficas:

Organización Panamericana de la Salud. *Manual de estilo OPS*. Washington, DC:OPS;1995 (Documento PAHO/WHO STAND/ 95.1).

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 36-47.

Day R. *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990 (Publicación Científica 526).

Sociedad Médica de Santiago. *Revista Médica de Chile* 1998; 126: 875-887.

National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190.

#### **Y los siguientes URL:**

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISIPUB.htm>

# GUÍA DE EXIGENCIAS PARA LOS MANUSCRITOS

(Extractadas de las “*Instrucciones a los Autores*”)

Debe ser revisada por el autor responsable, marcando su aprobación en cada casillero que corresponda y enviada juntamente con el manuscrito.

- ☐ Este trabajo (o partes importantes de él) es inédito y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión de los editores de *Acta Bioethica*.
- ☐ El artículo no excede las 6.000 palabras, incluyendo cuadros e ilustraciones.
- ☐ Incluye un resumen de hasta 200 palabras, en castellano y en inglés.
- ☐ Las citas bibliográficas se presentan en el estilo internacional exigido por la revista. (Estilo Vancouver).
- ☐ El manuscrito fue organizado de acuerdo a las “*Instrucciones a los Autores*”.
- ☐ Se indican números telefónicos, de fax y correo electrónico del autor que mantendrá correspondencia con *Acta Bioethica*.

---

Nombre del autor

---

Firma del autor

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

# INSTRUCTIONS TO AUTHORS

## 1. Presentation of articles

Manuscripts submitted to *Acta Bioethica* should be prepared in accordance with the fifth edition (1997) of the Uniform Requirements Submitted to Biomedical Journals (Vancouver Style).

See, for example, :

International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47

## 2. Summary of technical requirements

Papers should be printed out on a A4 paper, on one side only, in double spacing, with a margin of at least 2.5 cm on four sides of page.

Number pages consecutively, beginning with the title page. Put the page number in the upper or lower right-hand corner of each page.

Articles' length should not exceed 6.000 words, including tables and illustrations.

Keep copies of everything submitted.

## 3. Structural scheme

### 3.1 Title page

The title page should carry:

The title of the article, which should be concise but informative;

The name by which each author is known, with his or her highest academic degree(s) and institutional affiliation;

The name of the department(s) and institution(s) to which the work should be attributed;

Disclaimers, if any;

The name and address of the author responsible for correspondence about the manuscripts and requests for reprints, together with his/her phone number and E-mail.

### 3.2 Abstracts and key words

The second page should carry an abstract not exceeding 200 words in length to state the purposes of the study or investigation, basic procedures, main findings and the principal conclusions.

Below the abstract authors should provide, and identify as such, 3 to 10 key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing the article. Terms from the medical subject headings (MeSH) list of Index Medicus should be used; if suitable MeSH terms are not yet available for recently introduced terms, present terms may be used.

(URL:<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

### 3.3 Introduction

State the purpose of the article and summarize the rationale of the study or observation. Give only strict pertinent references and do not include data or conclusions from the work being reported.

### 3.4 Methods

Provide detailed information about methods, techniques and procedures used for collecting and organizing data.

### 3.5 Results

Present your results in logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all data in the tables or illustrations; emphasize or summarize only important observations.

### 3.6 Discussion

Emphasize the new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them. Do not repeat in detail data or other material given in the Introduction or the Results section. Include in the Discussion section the implications of the findings and their limitations.

Link the conclusions with the goals of the study but avoid unqualified statements and conclusions not completely supported by the data. Recommendations, when appropriate, may be included.

### ***3.7 Acknowledgements***

As an appendix to the text, one or more statements should specify (a) contributions that need acknowledging but do not justify authorship, such as general support by a departmental chair; (b) acknowledgements of technical help; (c) acknowledgements of financial and material support, and (d) relationships that may pose a conflict of interest.

### ***3.8 References***

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. If a reference is cited more than once, its original number is used again in subsequent citations. No reference should be assigned more than one number.

If it is deemed necessary to call attention to a specific page within a reference, the page number may be added in roman type inside the parenthesis with the reference number. This practice is recommended when referencing direct quotations.

The resolution urged the Member Governments to “make special voluntary contributions for the carrying out of catalytic research” (17, p.240).

Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals in parenthesis. References cited only in tables or legends to figures should be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the text of the particular table or figure.

All references should be listed in numerical order at the end of the text.

Avoid using abstracts as references.

References to papers accepted but not yet published should be designated as “in press” or “forthcoming”; authors should obtain written permission to cite such papers as well as verification that they have been accepted for publication.

#### ***The references must be verified by the author (s) against the original documents***

Use the style of the examples below, which are based on the formats used by the U.S. National Library of Medicine (NLM) in Index Medicus. The titles of journals should be presented without abbreviations (consult: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. Index Medicus 1998: 111-190; URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

The “Uniform Requirements” style (the Vancouver Style) is based largely on an American National Standards Institute (ANSI) standard style adapted by the NLM for its data bases.

### **Sample Reference Formats**

#### ***3.8.1 Journal article***

##### **Individual author, article in a Series**

Lessa I. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 1985;44(4):255-260.

##### **More than six authors**

List the first six authors followed by “et al”. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. British Journal of Cancer 1996; 73: 1006-12.

##### **Corporate author**

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. Bulletin of the Pan American Health Organization 1993;27(3):287-296.

### *3.8.2 Books and other monographs*

#### **Personal author(s)**

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

#### **Editor(s), compiler(s) as author**

Norman IJ, Redfern SJ, (eds.). Mental health for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### **Chapter in a book**

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

### *3.8.3 Electronic Material*

Journal article in electronic format

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from:

URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

#### **Further explanation and examples may be consulted at:**

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Annals of Internal Medicine 1997; 126: 36-47.

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (ENG)

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISIPUB.htm> (SPA)

### *3.9 Tables and Illustrations*

The number of tables and illustrations should be strictly limited, only those that are essential to the understanding of the text being included.

**NOTE:** The above-mentioned guidelines were prepared by the **Publications and Dissemination Department of PAHO/WHO Regional Program on Bioethics** taken as reference the following bibliographic sources:

- Pan American Health Organization. PAHO Style Manual. Washington, DC:PAHO;1995.(PAHO-OPS STAND/ 95.1).
- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. Annals of Internal Medicine 1997; 126: 36-47.
- Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990 (Publicación Científica 526).
- Sociedad Médica de Santiago. Revista Médica de Chile 1998; 126: 875-887.
- National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing, Index Medicus 1998: 111-190.

#### **And following URL:**

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISIPUB.htm>

# REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS

(From “Instructions to Authors”)

This form should be checked up by the responsible author, stating approval by ticking corresponding boxes and should be submitted together with the manuscript.

- ☐ This manuscript (or important parts of it) have not already been published and if accepted for publication in *Acta Bioethica* it will not be submitted for publication elsewhere without the agreement of the PAHO/WHO Regional Program on Bioethics.
- ☐ The paper has been printed out on A4 paper, one-sided, and in double spacing.
- ☐ The paper does not exceed 6.000 words in length, including tables and illustrations.
- ☐ An abstract not exceeding 200 words in length is provided.
- ☐ Bibliographical references are cited in accordance with the “Uniform Requirements” style (Vancouver Style).
- ☐ The paper was prepared according to “Instructions to Authors”.
- ☐ Fax and phone numbers, together with the corresponding author’s E-mail are provided.

---

Corresponding Author Name and Signature

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

# TABLA DE CONTENIDOS

## ACTA BIOETHICA 2009 AÑO XV - N° 2

### Introducción

Salud, salud mental, bioética. Interfaces dignas de análisis  
*Fernando Lolas Stepke*

### Originales

Salud mental y bioética: relación simbiótica  
*Ernesto A. Frontera Roura*

The axiological dimension in psychiatric diagnosis  
*Fernando Lolas Stepke*

Apuntes sobre la configuración actual del *ethos* médico  
*Luis Risco*

Gestión clínica y conflicto de intereses  
*Armando Ortiz Pommier*

Financial and non-financial conflicts of interests in psychiatry  
*Mario Maj*

El efecto placebo en los ensayos clínicos con antidepresivos  
*Hernán Silva Ibarra*

### Interfaces

Inequitable distribution of health resources in Brazil: an analysis of national priority setting  
*Fabio Ferri-de-Barros, Andrew W. Howard, Douglas K. Martin*

Priority setting in an acute care hospital in Argentina: a qualitative case study  
*Heather Gordon, Lydia Kaporiri, Douglas K. Martin*

Hospital priority setting in a mixed public/private health system: a case study of a Chilean hospital  
*Carolina Valdebenito, Lydia Kaporiri, Douglas K. Martin*



Inserção dos temas de humanidades e ética em currículo médico integrado em escola pública no Distrito Federal, Brasil

*Maria Rita Carvalho Garbi Novaes, Luiz Carlos Garcez Novaes, Dirce Guilhem, Fernando Lolas, Carla Silveira, Murilo Guiotti*

La comunicación de la verdad en la relación médico-paciente terminal

*Alejandra Gajardo Ugás*

Relación médico-paciente: derechos del adulto mayor

*Melba Barrantes-Monge, Eduardo Rodríguez, Alexis Lama*

Proposals for embryonic stem cell production without destroying human embryos: scientific and bioethical challenges

*Patricio Ventura-Juncá, Manuel Santos, Juan Larraín*

## **Recensiones**

## **Publicaciones**

## **Tabla de contenidos del número anterior**