

BIOÉTICA Y ATENCIÓN PEDIÁTRICA

Gilberto A. Gamboa Bernal*

RESUMEN

La real dicotomía entre problemas éticos y aspectos éticos de la práctica pediátrica está fundamentada en el reduccionismo, que implica adoptar el dilema como prototipo de problema en la práctica médica. Se muestra cómo el sentido común y las buenas intenciones son no sólo insuficientes, sino verdaderos generadores de problemas; en cambio, la reflexión ponderada y cuidadosa, apoyada en el objeto del acto médico, permite tomar determinaciones más ajustadas a la realidad personal del paciente, a su dignidad, que se concretan en pautas de acción éticas. La reflexión sobre los aspectos éticos de la atención pediátrica se centra en tres campos: la atención primaria, la cirugía pediátrica y las unidades de cuidado intensivo (UCI). En el primer campo se revisan conceptos como la relación médico-paciente, el tipo de atención sanitaria, la toma de decisiones y la organización de los centros de asistencia pediátrica. Se aprovecha el segundo campo para hacer un comentario que distingue dos versiones de la Bioética: el principialismo y el personalismo. Finalmente, al hablar de las UCI se ofrecen algunas pautas, que intentan responder a las principales inquietudes que surgen en esas unidades de atención especializada.

PALABRAS CLAVE: pediatría, dilema ético, atención primaria, cirugía pediátrica, UCI, principialismo, personalismo.

ABSTRACT

The true dichotomy between ethical problems and ethic aspects of pediatric practice lies on reductionism, which implies adopting dilemma as a problem prototype in medical practice. It is shown how common sense and good intentions are not only insufficient but also real problem generators. In contrast, weighed and careful reflection based on the purpose of the medical action allows us to make some decisions that are much better adjusted to the patients' personal realities, to their dignity, and materialize in ethical action standards. Reflection on the ethical aspects of pediatric care focuses on three fields: primary care, pediatric surgery, and intensive care units (ICUs). In the first field, concepts such as the doctor-patient relationship, as well as sanitary care, decision-making, and the organization of pediatric assistance centers are reviewed. The second field is used to introduce a commentary making a distinction between two versions of Bioethics, i.e., the so-called principleism, and personalism. Finally, when referring to the ICUs, some outlines are offered, intended to provide an answer to major concerns arising from these specialized care units.

KEY WORDS: Pediatrics, dilemma, ethical, primary care, pediatric surgery, ICU, principleism, personalism.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14-11-2006
FECHA DE ACEPTACIÓN: 22-12-2006

* Médico y Cirujano, Especialista y Máster en Bioética, profesor Departamento de Bioética y Presidente del Comité de Ética en Investigación Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Colombia.
E-mail: gilberto.gamboa@unisabana.edu.co

La Medicina, que es arte (1) y ciencia, requiere para su cabal ejercicio de la suficiente preparación, que permita asegurar aquel primer postulado heredado de los antiguos griegos: primero no hacer daño. Pero esa preparación no puede quedarse solo en el campo técnico y científico: la persona humana, sujeto de toda actividad médica, demanda mucho más (2), por la inmensa dignidad de



la que es titular (3). Es por ello que, además de la preparación médica propiamente dicha, el profesional de la salud ha de aprender que cada acción realizada por él, en beneficio de su paciente, tiene necesariamente un contenido ético que no es posible soslayar.

Pensar que el ejercicio de la Medicina no incluye problemas sería ingenuo, con mayor razón cuando del campo pediátrico se habla, pues el pequeño paciente es siempre un reto y una responsabilidad tal vez más cualificada, por su misma condición de indefensión y posibilidad. Pero además, el ejercicio de la Pediatría no se extiende solo al paciente enfermo; también tiene en cuenta al niño sano para conservar su salud e incrementarla, si es posible.

Sin embargo, aquellos problemas del ejercicio profesional no deberían incluir todas las facetas de la atención pediátrica. Desde hace algunas décadas viene haciendo carrera en el campo de la Ética un reduccionismo que se prolonga a todo el quehacer médico: cuando se habla de ética, en no raras ocasiones se tiende a emplear el dilema como prototipo de planteamiento en esta área. Si se percibe la ética en términos de dilemas, necesariamente habría que aceptar que su aplicación sea necesariamente problemática.

La riqueza insondable de la persona humana (4), su polifacética manifestación, su desesperada vitalidad (5), su indisponible dignidad, hacen que cuando se trate con ella las posibilidades se multipliquen, el panorama se amplíe, no se le pueda manejar ni tratar de manera trivial ni frívola (6). Por eso, aquello que se deriva de lo humano no puede ser propiamente “dilema”.

En Lógica un dilema es aquel silogismo complejo que empieza planteando una alternativa, y luego, mediante juicios hipotéticos, muestra que, cualquiera que sea el término de la alternativa que se cumpla, la conclusión es siempre la misma (7). Pero para la validez de un dilema es necesario registrar todas las alternativas posibles, y cuando del ser humano se trata, esto generalmente es imposible. Y es que en el caso humano las alternativas son impredecibles, potencialmente infinitas y, por lo tanto, no encorsetables en frías y rígidas –a veces manipuladas– estadísticas.

En Ética no pueden existir ni dilemas ni trilemas, ni ningún otro silogismo, y menos sofismas o falacias, ya que la Ética es objetiva (8, 9, 10), a pesar de la versatilidad tan extraordinaria de la acción humana (11).

Como la Ética es una ciencia objetiva, se fundamenta en el objeto del acto y no en su finalidad o en sus circunstancias. Este hecho hace que su aplicación no deba tener más problema que la identificación de la eticidad del objeto del acto. Como esta tarea requiere una ponderada y cuidadosa reflexión, quedan por fuera, para la aplicación de la Ética, los criterios derivados del solo sentido común o de las opiniones soportadas únicamente por las buenas intenciones (12), o nada más por las buenas intuiciones (13), la “norma provisional” al ritmo de las necesidades del momento (14), o criterios relativistas, miniutilitarios, desobjetivados (15).

Cuando la reflexión ética se apoya en estas dos formas procedimentales, surgen los verdaderos problemas; pero cuando para la reflexión se utiliza la razón práctica, despojada de cualquier tipo de prejuicios, buscan-

do aclarar la eticidad del objeto del acto, lejos de presentarse un problema, se identifica lo racional con lo natural (16), se ilumina la solución y la pauta de acción que se debe seguir para cada caso concreto (17). Esta es la razón de ser de los Comités de Ética de los centros asistenciales.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el peso de la actuación ética de los profesionales de la salud no se puede descargar en aquellos comités. Es decir, cada profesional procura conducirse en su ejercicio laboral siguiendo unas pautas éticas generales, que aseguran su óptimo desempeño en el plano humano asistencial, combinando toda su pericia y destreza del plano científico con unas pautas de acción sostenidas por la objetividad que proporciona la Ética, para así brindarle al paciente –y a su familia– la atención integral que necesita y merece.

Todo lo anterior reporta al médico y al personal sanitario la satisfacción del trabajo bien hecho, que no se puede medir en términos de sólo éxito profesional, beneficio material o fama (18), sino que se deriva directísimamente de la identidad propia del acto médico.

Pero la identidad del acto médico está en crisis. Al vertiginoso desarrollo de la tecnociencia en el campo de la Medicina, que se traduce en medios cada vez más sofisticados en los campos de diagnóstico y de tratamiento, no se corresponde el mismo avance en el ámbito ético (19). Un hecho revelador de lo anterior –y no es el único– es el poco aprecio y marginalidad

que las cátedras de Ética y de Deontología médica tienen en los currículos universitarios. Todavía pensamos que es suficiente arrastrar con las maneras de ser de los médicos ancestrales e ignoramos lo que significan los fundamentos del obrar ético. Y contar con maestros auténticos, que enseñen su ciencia impregnada de contenidos éticos, sigue siendo difícil, una suerte extraordinaria (20).

Volviendo a la idea inicial, es bueno dejar claro que los problemas y los supuestos dilemas en el campo que nos ocupa se presentan cuando se subjetivizan y relativizan estos fundamentos del obrar ético (21).

Para el desarrollo del presente escrito me voy a detener en solo tres campos del quehacer en Pediatría: la atención primaria, la cirugía pediátrica y las unidades de cuidado intensivo (UCI).

ATENCIÓN PRIMARIA

a) Relación médico-paciente.

Una de las realidades que hace parte integrante del trabajo médico, y de referencia obligada cuando se habla de la dimensión ética de esta profesión, es la relación médico-paciente. En Pediatría esta realidad tiene unas peculiaridades que la hacen un tanto distinta a la misma relación que se establece en otras especialidades.

El hecho de que el paciente en Pediatría sea un menor de edad determina no sólo el manejo proce-

dimental que se ha de ejecutar, sino sobre todo el tipo de vínculo que se establece entre el médico y su pequeño paciente. En primer lugar, es bueno recordar que este vínculo se soporta en buena parte por las calidades y cualidades del profesional de la Medicina que atiende niños. Algunos hablan del “carisma” necesario para atender este tipo de pacientes. Tal “carisma” no es otra cosa que la combinación de una serie de virtudes, que se reflejan en la conducta diaria del pediatra: afabilidad, tolerancia, paciencia, prudencia, serenidad, etc.

El vínculo con el menor está generalmente mediado por la relación con los padres o tutores. Por esto el pediatra ha de procurar establecer las mejores relaciones con ellos, pues se pueden convertir en sus mejores aliados para tratar con éxito al paciente o, por el contrario, se pueden constituir en los principales obstáculos al no permitir que el trabajo realizado entregue sus mejores frutos.

La continuidad en la atención que se presta es uno de los factores determinantes para establecer una buena relación médico-paciente. Cuando ella es posible, porque no en todos los sistemas de prestación de servicios pediátricos se puede dar, la continuidad redundará positivamente en el conocimiento del paciente, de su entorno familiar y social, de sus gustos y aficiones, etc., datos todos que con seguridad enriquecen la relación personal y eventualmente pueden brindar pistas para orientar diagnósticos u optimizar terapias. Si se presenta verdadera continuidad, el seguimiento al paciente

se facilita y la evolución de la enfermedad se puede controlar mejor.

Además, la continuidad en la atención permite obtener una perspectiva global de las circunstancias familiares y socioculturales, que posibilita la acción del equipo de salud ampliando su radio de acción: la intervención en Pediatría no puede circunscribirse al manejo individual del paciente, sino que ha de buscar mejorar su entorno familiar y social, para que dicho manejo proporcione un buen resultado, estable y duradero.

En este sentido, cobra particular importancia la preparación que las personas de los equipos de asistencia pediátrica puedan llegar a alcanzar en una especialidad como la Orientación Familiar. Si se tiene en cuenta que la familia del paciente pediátrico, como se afirmaba antes, puede constituirse en extraordinaria colaboradora, o que también puede llegar a ser la principal dificultad que pueda tener el equipo que atiende niños, entonces es procedente plantearse el que algunos miembros de tal equipo se preparen en esa nueva especialidad, que está incursionando ahora en Colombia.

Otro aspecto que tiene que ver con la relación médico-paciente es el de la libre elección del profesional tratante. Es un hecho que los actuales sistemas de salud, en este sentido, pueden proporcionar una gran ventaja frente a la antigua concepción de medicina socializada, en la que el paciente no podía

escoger su médico tratante, sino que le era asignado y cambiado discrecionalmente.

Si el paciente, y en el tema que nos ocupa los padres o tutores del mismo, tiene la posibilidad de escoger quién se va a hacer cargo del tratamiento, este hecho facilitará en gran medida la optimización del servicio que se presta. Un paciente acude al profesional que le trata bien, a quien sabe escucharlo, a quien lo valora como quien es, a quien no regaña ni increpa sino que recomienda y anima. Esto, sin duda, fomenta la sana competencia en el servicio que tiene sus benéficos efectos en un mejor trato a los pacientes, y hace parte del remedio a la mala práctica profesional.

En este capítulo de la relación médico-paciente, una palabra hay que decir sobre el consentimiento informado. De manera genérica, los pediatras no pueden intervenir sin la autorización correspondiente, salvo cuando la vida está en riesgo inmediato y exige una actuación urgente. “Los menores, aunque puedan conocer –a partir de los siete años, en general–, se consideran como no idóneos para prestar un consentimiento informado cabal. Esto no quiere decir que nunca se cuente con la opinión de ellos, y que tampoco el médico se exima del deber de explicar de una manera sencilla lo pertinente en razón de la edad del paciente. Aunque las normas prescriban que, en estos casos, sean los padres o tutores quienes han de prestar el consentimiento idóneo –o en su defecto o incompetencia el Estado– siempre se debe hablar con el menor” (22).

Los demás elementos necesarios para el consentimiento informado, que dependen del paciente, deben tenerse en cuenta: además de la capacidad de conocer, el miembro del equipo pediátrico ha de valorar la capacidad de decidir, la situación emocional del paciente y sus familiares, la situación psíquica, el grado de dependencia, el tipo de enfermedad y la información previa que haya recibido el paciente o sus familiares.

Pero el consentimiento informado tiene otros elementos que dependen del médico: el conocimiento científico, la rectitud de intención, la disponibilidad de tiempo, la información que suministra y el conocimiento del soporte legal que tiene.

b) Tipo de atención sanitaria.

Los diversos modelos de atención sanitaria presentan múltiples posibilidades de interacción con los pacientes, pero también diversos tipos de servicios para ellos. Algunos modelos privilegian solo algunos aspectos de la realidad del pequeño paciente enfermo, descuidando otros, porque pueden parecer menos importantes o, incluso, totalmente irrelevantes.

Sin embargo, cualquier tipo de atención sanitaria ha de propender por una verdadera atención integral al paciente, en todos los niveles y a todas las personas, sin distinciones de raza, sexo, condición social, etc. Pero la legislación en salud se queda más en una anómala proliferación de resoluciones

y decretos, que pareciera que pretenden reglamentar el desarrollo de una sociedad cada vez más compleja (23), pero con medidas parciales e insuficientes (24).

Dentro del concepto de atención integral han de englobarse actividades de asistencia, prevención (25) y promoción en salud (26). Lo corriente es dar importancia a la primera de las actividades mencionadas, y dejar la prevención y la promoción para ser realizadas por otras personas –no se sabe cuáles–, que –en no se sabe dónde– “tienen que adelantar esa importante tarea”. Se produce una especie de reducción de la complejidad, que es una de las manifestaciones de los problemas y las crisis de gobernabilidad (27) y de autoridad; crisis de autoridad que muchas veces tienen su origen en la autoridad misma (28).

Pero un servicio integral ha de conjugar las tres actividades anotadas, y todos y cada uno de los miembros del equipo de salud deben sentirse –y saberse– responsables de sacarlas adelante (29): si bien es cierto que sólo algunos adelantarán las tareas de asistencia, todos tendrán que buscar hacer prevención y promoción en salud (30).

Esta tarea lleva necesariamente a programar actividades de educación, tanto para los pacientes como para los familiares (31). Un buen indicador de la calidad del servicio que presta una institución de salud es precisamente el número de actividades que, en este sentido, promueva, adelante y sostenga. Pero

el número sin más no basta; dichas actividades han de tener, además, otras características: profundidad científica, capilaridad en su difusión, creciente número de beneficiarios, mecanismos de autoevaluación, creación de programas de seguimiento, etc.

Como es obvio, para estar en capacidad de brindar este tipo de educación a los pacientes y a sus familiares, los miembros de los equipos de salud deberán tener en gran estima la educación propia continuada, que no habrá de reducirse sólo a los temas técnicos, sino que ampliará su radio de acción, en busca de que todos crezcan en un rasgo algo escaso en el momento actual: el trato humano.

Otro aspecto de la atención sanitaria, que merece mención, es el relacionado con el manejo de las exigencias injustificadas por parte de los pacientes, pero sobre todo, por parte de sus familiares. El hecho de estar prestando un servicio no autoriza ni a los pacientes ni a sus familiares para hacer o insinuar exigencias desproporcionadas o inviables. El interés principal del equipo de salud no admite extensiones más allá de las que ese mismo interés puede generar.

El cuidado, el tratamiento, el consuelo y la compañía que un profesional de la salud ha de brindar a su paciente son acciones que dejan por fuera demandas en el campo de la formulación, incapacidades no justificadas, remisiones a especialistas o pruebas de diagnóstico de alta tecnología que no sean necesarias.

En la mayor parte de los casos, las exigencias injustificadas son el reflejo de la inquietud y angustia que los padres puedan tener por el restablecimiento de sus hijos. Y en lugar de descalificar de plano tales exigencias, esa situación puede dar pie para permitir que los padres angustiados reciban el bálsamo de la comprensión y de la explicación, por parte de los miembros de los equipos de salud.

Pero también hay que tener en cuenta que este tipo de situaciones surgen cuando no se habla, o se habla poco, con los pacientes y, sobre todo, con sus padres. Si se tiene en cuenta lo anterior, la reacción del profesional de la salud frente a las exigencias injustificadas no será la molestia y la incomodidad, cuando no la ira y el regaño, sino que se sabrá identificar la situación como una posibilidad para brindar un espacio de reflexión, y así contribuir en tranquilizar y serenar la legítima angustia de tener un hijo enfermo, pero que ha sido expresada de una manera inconveniente.

c) Toma de decisiones.

En el campo ético la toma de decisiones tiene una particular importancia. Dependiendo de la cuestión sobre la que se deba decidir, esta actividad puede ser definitiva en materias que involucren bienes y valores fundamentales (32). Sin negar que existan situaciones donde la decisión tiene que ser inmediata, y a veces trascendental (33), sí es necesario recalcar que la importancia y el peso que tiene una decisión bien tomada, demanda la nece-

saria reflexión y ponderación de todos los elementos que hacen parte del acto humano, sobre el cual se ha de conceptuar (34). También hay que tener especial cuidado para que, en aras del consenso, no se doblegue la objetividad (35), no se le haga justicia a la realidad.

Es por ello que es aconsejable huir de la urgencia cuando se deba decidir en el campo ético. Es preferible volver a citar a los padres o familiares del menor, para poder disponer del tiempo necesario y suficiente, y hacer una valoración profesional.

Para llegar a tomar decisiones inmediatas, cuando la situación lo demanda, hace falta apelar a la pericia y la experiencia profesionales y a la preparación que se tenga en el campo ético.

Pero también hay que tener en cuenta que toda decisión ética no puede ser irrevocable siempre y en cualquier caso, sobre todo cuando pueden cambiar las circunstancias o las intenciones que modifican la naturaleza del objeto del acto. Si esto ocurre, hay que rectificar y cambiar la decisión con la misma entereza y seguridad con la que fue tomada la primera vez.

d) Organización.

Uno de los aspectos que más relevancia tiene en la organización de los centros de asistencia pediátrica es el relacionado con el trabajo en equipo. En las últimas décadas son importantes los avances

generados gracias a esta forma de trabajo, en los campos de la investigación, los tratamientos quirúrgicos, etc.

En el área ética también es necesario el trabajo en equipo, pero hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones: la mayoría de las decisiones que tienen repercusión ética se toman individualmente; esto facilita el que no se diluya la responsabilidad en el ejercicio profesional (36).

Sin embargo, hay una serie de decisiones que es conveniente tomar en equipo. Algunas de ellas son: la distribución de los recursos del centro asistencial, el reparto del tiempo de los profesionales que allí laboran, la asignación de contratos, licitaciones, etc., todas ellas siguiendo criterios objetivos de justicia, también de justicia social (37). Las alianzas estratégicas con otras entidades también han de ser estudiadas y decididas en equipo.

Esta manera de proceder facilita la transparencia y la pulcritud en el manejo de bienes y recursos, que son generalmente escasos en el área de la salud y que, por lo mismo, es necesario distribuir equitativamente y con la mayor claridad. Una buena administración, con el sistema de centros de costos –por ejemplo– no solo redundaría en la racionalización de los recursos, sino también en la toma de conciencia por parte de los profesionales de utilizar bien, con moderación, medida y prudencia, los recursos disponibles, para brindar la mejor atención a los pacientes.

Esto no quiere decir que los Comités de ética de los centros asistenciales tengan que conocer y decidir sobre los temas arriba mencionados. Esa labor es del equipo de Administración, pero ha de realizarla siguiendo unos lineamientos éticos precisos y objetivos, que todos han de conocer. Lo que podría plantearse es la inclusión de uno de los miembros del Comité de Ética en el equipo de Administración (38).

Otro aspecto derivado de la organización de los centros asistenciales es el cuidado de su estructura física. Desde el punto de vista ético, ha de buscarse que dicha estructura responda lo mejor posible a las necesidades que la confidencialidad demanda. Las instalaciones deberán permitir y facilitar el cuidado del secreto profesional; ese cuidado no se reduce sólo al diseño de espacios físicos públicos, sino que también tiene que ver con el manejo de los archivos para las historias clínicas, los soportes informáticos que cada día son más frecuentes, el diseño y funcionamiento de las centrales de enfermería, de las oficinas de administración, etc.

Por otro lado, la organización de los centros asistenciales ha de facilitar, promover y liderar la actividad investigadora de los profesionales que allí trabajan (39). El avance de la ciencia no puede estar divorciado de la práctica misma; de alguna manera, un profesional de la salud debería tener la competencia necesaria para trabajar también en investigación (40).

Este tema pone sobre el tapete una dificultad grande: los centros docentes no forman suficientemente en este importante aspecto a los futuros profesionales. Y mientras esta omisión se corrige, los centros asistenciales deberían pensar en la mejor forma de allanar tal minusvalía.

También hay que tener en cuenta que la investigación no es patrimonio exclusivo de los hospitales y clínicas universitarias; el sector privado ha de asumir una parte de hipoteca social que le corresponde, y un campo en el que bien puede realizarse esta labor es precisamente en la investigación. Tal vez este campo sea un buen ejemplo de las condiciones de eficacia que un buen sistema social debe tener (Llano, C. 58).

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Hasta hace algunas décadas, el avance que la cirugía pediátrica no podía plantearse era el tratamiento de recién nacidos con patologías que comprometieran la vida del paciente. Pero el desarrollo y depuración de nuevas técnicas, y la posibilidad del uso de modernas tecnologías, han hecho que tales patologías se reduzcan cada vez más, tendiendo a desaparecer la imposibilidad de intervenir quirúrgicamente.

Antes, frente al caso de un paciente que nacía con una atresia intestinal, una malformación congénita o un mielomeningocele, simplemente se le consideraba como un paciente moribundo, pues los recursos disponibles no permitían más tratamiento que las medi-

das paliativas más básicas. En la actualidad, éstas y otras patologías son susceptibles de ser corregidas mediante cirugía.

Sin embargo, dentro de los equipos quirúrgicos han surgido no pocas controversias, que se pueden resumir en las siguientes preguntas: ¿vale la pena intervenir sobre un paciente cuya calidad de vida queda muy disminuida? (41, 42) ¿Simplemente se deja morir a un niño que nace anencefálico, o con alguna anomalía cromosómica mortal como la trisomía 13 ó 18? ¿Cuáles son los criterios para determinar cuándo una vida puede identificarse con una existencia plena? ¿La magnitud que tendrá la invalidez puede justificar la decisión de no hacer nada? ¿La capacidad de establecer relaciones humanas puede utilizarse como una base para definir lo que constituye una existencia significativa y lograda?

Las respuestas a las anteriores preguntas pueden parecer difíciles, pero se dificulta aún más la toma de decisiones cuando algunos conceptos no están suficientemente claros o son equívocos. Algunos ejemplos de lo anterior están constituidos por la apreciación que se tenga de lo que sea calidad de vida, de la realidad del sufrimiento humano, del valor que se le dé a la vida misma, hasta dónde llega el tratamiento y desde dónde empieza la experimentación, y en último término, el concepto que se tenga de quién es la persona humana (43).

Aquellas preguntas no podrán ser planteadas con honradez profesional cuando se desconozcan o no se ten-



gan claros estos conceptos básicos, pues lo más probable es que por ingenuidad o por ignorancia se tomen decisiones gravemente erróneas, éticamente reprobables (44) y acaso jurídicamente demandables.

Para tomar decisiones en el campo de la cirugía pediátrica no se pueden olvidar aquellos principios que la Bioética personalista aporta (45): el de defensa de la vida física, el de libertad y responsabilidad, el de totalidad o terapéutico, el de sociabilidad y subsidiariedad.

En el ambiente anglosajón se habla de otros principios, que bien pueden estar incluidos en los anteriores, pero que se han propuesto como los únicos en la tarea de evaluar situaciones concretas.

El paradigma principialista, que así se llama, se resume en la formulación de los principios de autonomía, de beneficencia, de no maleficencia y de justicia (46).

Y aunque es indudable que estos principios contienen elementos válidos, su mutua articulación no guarda la coherencia antropológica que es necesaria cuando de personas se habla, y no aclaran qué se debe entender, por ejemplo, por el bien de la persona (47) y por la autonomía del individuo. Además, tales principios se interpretan a la luz de dos teorías que poco pueden tener de coincidente: el utilitarismo y la deontología.

El principialismo carece de una antropología fundante; los principios sostenidos por él están indeterminados, y esto lleva necesariamente al relativismo ético; no hay una jerarquía entre los cuatro principios. Sin una antropología que corresponda a la realidad de per-

sona humana no puede haber una verdadera Ética y, como consecuencia, tampoco una Bioética verdadera.

Por el contrario, la Bioética con enfoque personalista se apoya en la realidad del ser personal (48), en su dignidad propia e inalienable, en el estatuto objetivo y existencial (ontológico) de la persona, en su unitotalidad de cuerpo y espíritu. Este personalismo está muy lejos de poderse confundir con el individualismo subjetivista –al que podría parecerse– que subraya, casi como constitutivo único de la persona, la capacidad de autodecisión y de elección.

La Bioética personalista habla también de principios, pero los toma en su genuina acepción¹, y no los considera exentos, sino íntimamente ligados a la realidad del ser personal y a su correspondiente dignidad. Estos principios muestran su alcance en la reflexión sobre los diversos casos de la biomedicina y en el estudio de los principales momentos éticos, vinculados con la práctica biomédica, incluida la cirugía pediátrica.

Es necesario tener presente que esas decisiones se tomarán con más facilidad, con más connaturalidad, cuando esos principios se asumen en la vida personal y se proyectan a la profesional, de tal manera que la decisión deriva más de la espontaneidad, que es natural, antes que del temperamento (49).

¹ Se entiende por principio la fuente de donde deriva o procede algo real. Existen diversos tipos de principios: los físicos, que son las cuatro causas (material, formal, eficiente y final); los metafísicos, que son los primeros principios reales; los cognoscitivos y apetitivos, que son las facultades o potencias, etc.

UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO (UCI)

El laborioso trabajo que diariamente se desarrolla en la UCI no está exento de situaciones en las que sea necesario hacer valoraciones éticas. Vamos a referirnos sólo a una de ellas: los límites de la asistencia.

En una UCI cuesta trabajo morir. Antes un paro cardíaco o respiratorio, un desequilibrio hidroelectrolítico severo, una infección generalizada, un postoperatorio de una cirugía importante, el bajo peso al nacer, la falta de madurez pulmonar, etc., eran sinónimos de muerte. Hoy estas situaciones son sólo eventos médicos graves que requieren un tratamiento urgente y específico (50).

Hoy el equipo de las UCI es capaz de prolongar la vida hasta límites nunca antes imaginados. Esta es una de las razones por las cuales se comenzó a hablar de “derecho a la muerte”, para evitar así el enañamiento terapéutico que empezó a desencadenarse cuando se rebasaron ciertos límites.

Y es que en las UCI parecería que se libra una competencia sin cuartel contra la muerte, parecería que es más fácil ayudar a una persona viva que someterse al trauma de tributar respeto a un muerto (51), parecería que se planteara que esa tarea la realice el equipo humano del turno siguiente.

En la actualidad hay conciencia de evitar tales excesos (52), pero muchas veces no se sabe a ciencia cierta

cuáles han de ser los criterios que soporten esas decisiones, y es por ello que ha hecho carrera un malentendido “derecho a la muerte digna”.

¿Hasta dónde se puede llegar, y por qué?, es decir, ¿cuáles son los límites de la asistencia en una UCI?

Voy a terminar haciendo mención de algunas pautas, sin comentarlas en extenso, que pueden dar luz para responder a las anteriores inquietudes. Hay que tener en cuenta que en este tipo de valoraciones es necesario obviar siempre los criterios de presión socioeconómicos (que no es igual a desestimar esta circunstancia) y las decisiones tomadas unipersonalmente. También hay que explicar –y no sólo informar– a los padres la situación, haciéndoles ver el riesgo, pero sin descargar sobre ellos totalmente el peso de las decisiones necesarias.

A. Soporte total para aquellos pacientes que, aunque tengan comprometidas sus funciones vitales, conservan indemne o sin daño severo el cerebro, y cuya supervivencia es posible.

B. No resucitación para pacientes con patología irreversible y con función cerebral normal. A ellos se aplicarían todo tipo de medios terapéuticos, excepto la resucitación cardiopulmonar.

C. No medidas desproporcionadas para niños graves e irreversiblemente afectados, con lesión cerebral severa, en los que la terapéutica no hace nada más que retrasar la muerte; sólo se aplican medidas de soporte.

D. Interrumpir medidas terapéuticas a pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, hecho sobre la base de pruebas clínicas y neurofisiológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patiño, J. F. *La crisis de la educación en salud. Seminario Nacional sobre currículo. "Un currículo equilibrado para el año 2000"*. Memorias del Seminario. Proyecto UNI-Universidad del Valle, 1993, pág. 93.
2. Jonas, H. *El imperativo de responsabilidad*, Barcelona, Editorial Herder, 1995, pág. 9.
3. Spaemann, R. *Lo natural y lo racional*, Madrid, Editorial Rialp, 1989, pág. 93.
4. Alvira, R. *La razón de ser hombre. Ensayo acerca de la justificación de ser humano*, Madrid, Editorial Rialp, 1998, pág. 113.
5. Magris, C. *Utopía y desencanto*, Barcelona, Editorial Anagrama, 2001, pág. 262.
6. Adler, M. *Diez errores filosóficos*, México, Editorial Grijalbo, 1989, pág. 141.
7. Faría, R. *Curso de Filosofía: Lógica y Metafísica*, Bogotá, Editorial Voluntad, 1961, pág. 48.
8. Spaemann, R. *Ética: cuestiones fundamentales*, Pamplona, Editorial Eunsas, 1987, pág. 103.
9. Pieper, J. *El descubrimiento de la realidad*, Madrid, Editorial Rialp, 1974, pág. 15.
10. Millán-Puelles, A. *La libre afirmación de nuestro ser. Una fundamentación de la Ética realista*, Madrid, Editorial Rialp, 1994, pág. 560.
11. Polo, L. *Ética. Hacia una versión moderna de los temas clásicos*, Madrid, Unión Editorial, 1997, pág. 61.
12. Von Hildebrand, D. *Ética*, Madrid, Editorial Encuentro, 1993, pág. 111.
13. Fabro, C. *Percepción y pensamiento*, Pamplona, Editorial Eunsas, 1978, pág. 333.
14. Guizán, E. *Ética sin religión*, Madrid, Editorial Alianza, 1993, pág. 50.
15. Sábada, J. *Saber vivir*, Madrid, Ediciones Libertarias, pág. 47.
16. Spaemann, R. *Lo natural y lo racional*, Madrid, Editorial Rialp, 1989, pág. 146.
17. Santos, M. *En defensa de la razón. Estudios de Ética*, Editorial Eunsas, 2001, pág. 215.
18. Adler, M. *Op. cit.*, pág. 126.
19. *Ibid.*, pág. 164.
20. Magris, C. *Op. cit.*, pág. 41.
21. Adler, M. *Op. cit.*, pág. 107.
22. Gamboa, G. "Consentimiento informado para el paciente terminal y su familia", *Persona y Bioética* (5): 31-52, 1999.
23. Magris, C. *Op. cit.*, pág. 276.
24. Adler, M. *Op. cit.*, pág. 150.
25. Patiño, J. F. *Op. cit.*, pág. 95.
26. De Roux, G. *La crisis de la educación en salud. Seminario Nacional sobre currículo. "Prevención de riesgos y promoción de comportamientos saludables: componentes integrales en la formación médica"*. Memorias del Seminario. Proyecto UNI-Universidad del Valle, 1993, pág. 135.
27. Llano, A. *La nueva sensibilidad*, Madrid, Editorial Espasa Calpe, 1988, pág. 35.
28. Llano, C. *Las formas actuales de libertad*, México, Editorial Trillas, 1983, pág. 128.
29. Rosenthal, M. *La crisis de la educación en salud. Seminario Nacional sobre currículo. "La educación médica y la salud de la población"*. Memorias del Seminario. Proyecto UNI-Universidad del Valle, 1993, pág. 163.
30. Aguirre, A. *La crisis de la educación en salud. Seminario Nacional sobre currículo. "Enfoque moderno de la salud"*. Memorias del Seminario. Proyecto UNI-Universidad del Valle, 1993, pág. 101.
31. Mejía, A. *La crisis de la educación en salud. Seminario Nacional sobre currículo. "Interdisciplinarietà"*. Memorias del Seminario. Proyecto UNI-Universidad del Valle, 1993, pág. 111.
32. Fernández, A. *Pensar el futuro*, Madrid, Editorial Palabra, 2003, pág. 104.
33. Llano, C. *Op. cit.*, pág. 121.
34. Santos, M. *En defensa de la razón. Estudios de Ética*, Editorial Eunsas, 2001, pág. 79.
35. Marina, J. A. *Ética para naufragos*, Barcelona, Editorial Anagrama, 1995, pág. 208.

36. Jonas, H. *El imperativo de responsabilidad*, Barcelona, Editorial Herder, 1995, pág. 21.
37. Fernández, A. *Op. cit.*, pág. 208.
38. Gamboa, G. "Comités de Ética y Bioética: una diferencia operativa", *Persona y Bioética*, 7 (18): 16-24, 2003.
39. Rosenthal, M. La crisis de la educación en salud. Seminario Nacional sobre currículo. "La educación médica y la salud de la población". Memorias del Seminario. Proyecto UNI-Universidad del Valle, 1993, pág. 174
40. Patiño, J. F. *Op. cit.*, pág. 91.
41. Murrain, E. "La enfermería y la muerte", *Persona y Bioética*, 9 (24): 101-104, 2005.
42. Restrepo, M. H. "Cuidado paliativo: una aproximación a los aspectos éticos en el paciente con cáncer", *Persona y Bioética*, 9 (25): 6-44, 2005.
43. Córdoba, R. "El aborto, visión antropológica", *Persona y Bioética*, 9 (24): 7-10, 2005.
44. McIntyre, A. *Historia de la Ética*, Barcelona, Editorial Paidós, 1994, pág. 11.
45. Sgreccia, E. *Manual de Bioética*, México, Editorial Diana, 1996, pág. 163.
46. Beauchamp, T. L. *Childress J.F. Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press, 1989.
47. Fernández, A. *Op. cit.*, pág. 72.
48. Xubiri, X. *Sobre la realidad*, Madrid, Editorial Alianza, 2001, pág. 286.
49. Llano, C. *Op. cit.*, pág. 58.
50. Eslava, E. "Bioética y transplantes. El caso de los donantes a corazón parado. II Parte", *Persona y Bioética*, 6 (15): 39-56, 2002.
51. Magrís, C. *Op. cit.*, pág. 343.
52. González, A. M. "Claves éticas para la Bioética", *Persona y Bioética*, 6 (15): 57-69, 2002.

