

# NEXO

Revista del  
HOSPITAL  
ITALIANO  
de  
Buenos Aires.

---

Volumen XV, Suplemento 1

Diciembre 1995

---

ISSN 0328-5383

## INDICE

Editorial.....	4
Hernández N.	
Dilemas éticos en el final de la vida.....	5
Gracia D.	
Material disponible en biblioteca sobre ética.....	17
Instrucciones para autores.....	18

# FARMACIA Brocca



Etica y Eficiencia  
al Servicio de la Salud

Pte Perón 4101 Cap. Fed. Tel:861-3580 /864-5712

**NEXO**  
**Revista del HOSPITAL ITALIANO**  
**de Buenos Aires**

**Director:**

Dr. Carlos Fustiñana

**Comité Editorial:**

Dr. Fernando Althabe; Dr. Pablo Argibay; Lic. Norma Caffaro de Hernández; Bibliotecaria María del Rosario Revello, Dr. Adolfo Rubinstein, Dr. Enrique R. Soriano.

**Consejo Editorial:**

Dres.: Enrique M. Beveraggi, Arturo Cagide, Mario Cámara, Luis J. Catoggio, José M. Ceriani Cernadas, Juan A. De Paula, Francisco Eleta, Gunther Fromm, Raúl Gutman, Roberto Kaplan, Ricardo Mastai, Marcelo Mayorga, Domingo Múscolo, Titania Pasqualini, Mario Perman, Juan C. Puigdevall, José Ramirez, Jorge Sívori, José Tessler.

**DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E  
INVESTIGACION**

**Jefe:**

Dr. Enrique S. Caruso.

**Sub - Jefe:**

Lic. Norma Caffaro de Hernández.

**Editor responsable:**

Publicación del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires, Gascón 450 (1181) Capital Federal.

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

Diagramación: Claudia I. Fattor.

Producción y realización gráfica:

Hospital Italiano de Buenos Aires

**HOSPITAL ITALIANO**  
**DE**  
**BUENOS AIRES**



**Director:**

Dr. Jorge Sívori

**Vicedirector:**

Dr. Héctor Marchitelli

**Vicedirector Administrativo:**

Dr. Pablo Pedro Zavaglia

**Directores Honorarios:**

Dr. Francisco Loyudice, Dr. Enrique M. Beveraggi

**CONSEJO DIRECTIVO**  
**EJERCICIO 1994/1995**

**Presidente:**

Ing. Juan Mosca

**Vicepresidente Primero:**

Sr. Antonio Macri

**Vicepresidente Segundo:**

Ing. Franco A. Livini

**Consejeros:**

Sr. Roberto Bacanelli, Dr. Enrique M. Beveraggi, Sr. Alfredo Biasutto, Sr. Domingo Cutuli, Ing. Roberto Chioccarelli, Ing. Bartolo Denaro, Dr. Raúl Droznes, Dr. Arturo Lisdero, Dr. Eduardo A. Lioi, Sra. Beatriz B. de Rocca y Sr. Eduardo D. Tarditi.

**Revisores de Cuentas:**

Titulares: Dr. Eduardo Cariglino, Dr. Alberto R. Levy, Sr. Santos O. Sarnari.  
Suplentes: Sr. Franco E. Caffarone, Dr. Ricardo J. Demattei.

# EDITORIAL

---

**N**exo, revista del Hospital Italiano presenta en su número de diciembre un suplemento totalmente dedicado a la bioética, en el que se desarrollan algunas de las posiciones filosóficas y médicas que a través del tiempo dieron respuesta a la problemática del fin de la vida.

Nexo siempre ha intentado llevar a sus páginas una temática que refleje las inquietudes y los avances de la medicina. En este caso nos enorgullecemos en presentar este artículo del Dr. Diego Gracia, Director del Master de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, internacionalmente reconocido como uno de los referentes contemporáneos en este área del saber.

Los temas éticos han cobrado más fuerza en las últimas décadas. El hombre actual se debate en un mundo donde el incremento de todo lo bueno y lo malo se dan simultáneamente. Por un lado, la promoción de los derechos humanos, las libertades individuales y los derechos de las minorías, la expansión del conocimiento y de la tecnología que abren posibilidades de desarrollo y bienestar insospechadas hasta hace unos años. Por el otro, las distancias sociales agravadas, el crecimiento de la corrupción, la drogadicción, el analfabetismo, las guerras de exterminio y la desocupación, aparecen como la contracara del curso del progreso.

La desorganización de los valores tradicionales parece estar dando paso a una cultura cada vez más individualista, del cumplimiento inmediato de los deseos: una cultura del presente. El hombre actual se pregunta hasta qué punto los avances de los derechos del individuo, de la tecnología, de la ciencia, de la eficiencia, ayudan o desfavorecen la calidad de vida. Ante tanta contradicción, es natural que la cuestión ética ocupe un lugar central.

El medio médico es uno de los que, quizás, vivan esta problemática con más fuerza ya que los "milagros" de la ciencia han conmovido los conceptos arraigados de vida, muerte y filiación, han generado temor por la utilización de la eugenesia y desestabilizado las reglas aceptadas de la deontología médica. El hombre paciente y el hombre médico se sienten esperanzados y amenazados al mismo tiempo y frecuentemente sin respuestas o con respuestas confusas a sus interrogantes.

El Hospital Italiano, ámbito de alta complejidad, de docencia e investigación vive intensamente esta problemática, por lo que se ha propuesto buscar las respuestas en un contexto pluralista, aceptando y reconociendo la multiplicidad, incentivando la reflexión, el respeto y la prudencia en su práctica médica.

Expresión de ello ha sido la formación de su Comité de Bioética y la invitación al Dr. Diego Gracia para dictar en septiembre pasado un curso intensivo de cuatro días para sus profesionales durante el cual se abordaron los aspectos más importantes de esta disciplina: los alcances y limitaciones de la bioética, los fundamentos de los juicios morales, los problemas de la investigación clínica en humanos, la cuestión de los confines de la vida, y la creación y funcionamiento de los comités de bioética en los hospitales generales.

El artículo que hoy presentamos prolonga el desarrollo de estas cuestiones abordando uno de los temas más complejos y movilizadores: la gestión de la muerte.

---

## DILEMAS ETICOS EN EL FINAL DE LA VIDA

---

Diego Gracia

I. La vida humana tiene siempre un punto de paradójica. En tanto que "vida" no puede entenderse más que en relación a todo el conjunto de las realidades vivientes, y en tanto que "humana" se afirma como algo absoluto que escapa a cualquier posible enclasmamiento biológico o zoológico. La vida humana es, por ello, un absoluto relativo, o un relativo absoluto; es relativa en tanto que estructura biológica o natural, y absoluta en tanto que realidad biográfica o personal.

Pero la expresión absoluto-relativo o relativo-absoluto es contradictoria. Si algo es absoluto no puede ser relativo, y viceversa. Absoluto y relativo son términos opuestos, y en tanto que tales predicables simultáneamente de una misma realidad. Esta contradicción fue identificada como tal hace muchos siglos, y de algún modo la siente y la vive cada uno en el interior de su propia persona. Si la vida humana es absoluta, si tiene algo de absoluto, no puede tener fin. Una vida que se acaba difícilmente puede ser considerada absoluta. La vida humana, en tanto que absoluta, ha de tener comienzo, pues no hay duda de que no hemos sido siempre, pero no puede tener fin. El haber tenido comienzo explicaría el momento de relatividad de la vida, y el no tener fin su momento de absolutidad. Este razonamiento es el que subyace en el interior del concepto griego de eón, que los latinos tradujeron primero por *aeuus* y más tarde por *saeculum* (que en su origen no significó "siglo", sino "generación", en el sentido de "duración de una generación", que algunos fijaron en cien años). El eón y el siglo designan la duración de la vida humana, algo intermedio entre la *aetas* y la *aeternitas*. Y ello porque el ser humano nace por generación, y por tanto tiene edad, pero de algún modo trasciende el orden puramente biológico y tempóreo, y en consecuencia es en alguna medida supratemporal, eterno. Habría que

decir que tiene origen, como los animales, pero no tiene fin, como los ángeles. De ahí que los escritores latinos crearan el término *aeuitemus* como opuesto a *mortalis* (así, por ejemplo, en Cicerón, *Ac.* 2, 124), para designar aquello que tiene principio y no tiene fin, y que en consecuencia es eterno en una de sus direcciones. Lo eviterno es eterno a medias, ya que ha tenido comienzo, pero no tendrá fin. Los escritores eclesiásticos de la baja latinidad utilizaron este concepto con profusión, oponiendo *aeuitemus*, lo que tiene comienzo pero no tiene fin, a *sempiternus*, aquello que carece de comienzo y de fin. Sempiterno sería Dios; eviternos, los ángeles. El ser humano es también de algún modo eviterno, no según su cuerpo, pero sí según su alma. La paradoja cuerpo-alma es la que explicaría ese extraño carácter de relativo-absoluto o de absoluto-relativo en que parece consistir la condición humana.

Todas esas son explicaciones de algo que es mucho más elemental, y que parece haber sido una experiencia muy antigua de la humanidad, a saber, que si el hombre es de algún modo absoluto, no puede ser mortal. La muerte es el fracaso de cualquier afirmación de absolutez. Lo absoluto exige permanencia en el tiempo; si se prefiere, intemporalidad o atemporalidad. Lo absoluto ha de hallarse por encima del tiempo. De ahí la gravedad de la afirmación del carácter estrictamente tempóreo y mortal de la vida humana. Es el tema de la filosofía de Heidegger: si se piensan correctamente estas dos características ontológicas del ser humano, su temporeidad y su mortalidad, entonces hay que rehacer toda la historia de la metafísica, porque ésta se ha basado siempre en lo contrario, en que el hombre es de alguna manera eterno e inmortal. El problema ontológico fundamental es, entonces, el de saber cómo afecta a la ontología el carácter tempóreo y mortal de la condición humana; hasta qué punto y en qué condiciones es posible seguir haciendo ontología.

La respuesta de Heidegger es bien conocida. Y también lo es lo mucho que influyó en ella un angustiado pensador danés de finales del siglo XIX, Sören Kierkegaard. Su trasunto hispano fue Miguel de Unamuno, quién en el año 1937 publicó su libro *Del sentimiento trágico de la vida*. La tragedia a que Unamuno hace referencia es, precisamente, el hecho de morir, de tener que morir, la mortalidad como condición humana. A la condición mortal la llama Unamuno "el único verdadero problema vital, el que más a las entrañas nos llega, el problema de nuestro destino individual y personal, la inmortalidad del alma"<sup>1</sup>. El hombre no se resigna a morir del todo, dice

Unamuno, y el sentimiento trágico, la congoja, o como preferiría decir Kierkegaard, la angustia, surge del conflicto irremisible entre el deseo de pervivencia y la conciencia de mortalidad, esa "eterna y trágica contradicción, base de nuestra existencia"<sup>2</sup>.

Esta paradoja del ser humano permite entender algunos fenómenos de muy compleja explicación. Uno de ellos es el de la difícilísima definición de los límites temporales de su vida. Aristóteles definió al ser humano como "animal racional", y desde entonces tal definición ha pasado por canónica. Obviamente, al elaborar esa definición Aristóteles estaba pensando en el ser humano arquetípico, es decir, la persona adulta, inteligente y libre. Al hombre adulto y sano no hay duda que le compete esa definición. Pero las cosas comienzan a complicarse en cuanto pensamos en las fases primeras o últimas de la vida humana. ¿Es racional un anencéfalo?. Y ¿una persona en estado vegetativo permanente?. La respuesta en esos casos es mucho más compleja. No hay duda de que los seres humanos constituimos una clase muy bien diferenciada o definida de sujetos o realidades. Pero también es evidente que esa clase tiene unos límites, unos confines que todos atravesamos en uno u otro momento. La vida humana tiene comienzo y tiene fin, y por tanto es una clase de la que se entra y se sale. La entrada es el comienzo de la vida y la salida su final, la muerte. La claridad que existe en el centro de ese círculo imaginario se va perdiendo poco a poco, según uno se acerca a la periferia. Ahí las cosas son más oscuras, los límites resultan borrosos, hasta el punto de que en ciertos momentos puede dudarse de si se está dentro o fuera del círculo. De hecho, la muerte ha tenido que redefinirse no hace más de treinta años. En los confines las evidencias se atenúan y las dudas aumentan. De ahí la necesidad de proceder con suma cautela. Si en algún punto es necesario extremar el cuidado, éste es sin duda el de los confines de la vida.

De ahí la particular gravedad que siempre encierra el abordaje de los problemas relacionados con el final de la vida, sin duda proporcional a su complejidad. Esta es tanta, que a pesar de todos los avances acaecidos en los últimos tiempos sigue conservando una cierta dimensión de misterio -el llamado, y no por azar, misterio de la vida-, que probablemente no perderá nunca. Esto hace su estudio aún más fascinante. Es la fascinación de las profundidades, la atracción que produce en nosotros el abismo; un abismo que, para más paradoja, somos nosotros mismos.

Así las cosas, caben varias posturas. Una es la rendida sumisión al misterio, convencidos de que todo intento de develarlo conlleva ineludiblemente un pecado de hybris o desmesura. Esta es una actitud muy frecuente, pero no por ello menos problemática. La pura contemplación del misterio, al menos de ese misterio, se hace insostenible. La razón obliga al ser humano a intervenir en él, a indagar el misterio de la vida y a remediar sus muchos problemas, que los tiene. Se trata de un deber moral. Esto es algo inherente a la condición humana. De ahí que junto a la actitud sumisa se dé también la de intervención. Esta no tiene por qué ser signo de desmesura sino de responsabilidad.

El abordaje de los temas relacionados con el final de la vida exige ser sensible a todos estos factores, el respeto por el misterio y a la vez la intervención responsable. Ello obliga a extremar las precauciones, a actuar con suma prudencia, pero no a renunciar al empeño. Es necesario asumir la paradoja, esto es, integrarla en el contexto de nuestra vida y de nuestras ideas. Hay, por ejemplo, una versión moral de la paradoja que antes vimos exponer a Unamuno y a Heidegger, que es de una enorme importancia. Se trata de que en ética no todo es absoluto, pero tampoco es todo relativo. Suele decirse que la ética parte del principio de absoluto respeto de los seres humanos. Y es verdad. Pero también lo es lo contrario, que los seres humanos no son absolutamente respetables, que no pueden serlo. Para ese absoluto respeto de los seres humanos Kant acuñó una expresión antológica, la de "fin en sí mismo". Los seres humanos son fines en sí mismos, no medios, ya que son sujetos de dignidad y no de precio. A pesar de lo cual, todos somos conscientes de que todo tiene precio, incluido la vida humana. El problema no es que tenga o no precio, sino que sólo tenga precio. No hay duda de que el hombre tiene precio, pero no tiene sólo precio, precisamente por su dignidad. Cuando Kant expone su segunda formulación del imperativo categórico en la Fundamentación de la metafísica de las costumbres, dice que al hombre hay que tratarle como fin "y no sólo como medio"<sup>3</sup>. Sería imposible tratar a los hombres sólo como fines. Todos somos medios para los demás. Lo que es inmoral es que se nos trate sólo como medios, sin tener en cuenta nuestra condición de seres dotados de dignidad. De ahí que cuando se afirma que la ética parte de la afirmación absoluta del respeto a los seres humanos, se esté diciendo algo cierto, pero cuando menos impreciso o incompleto. Porque ese absoluto respeto, sin duda imperativo y categórico, hay que



compatibilizarlo con otra dimensión del juicio moral que ya no puede ser absoluta sino relativa, y que por tanto no podrá ser nunca categórica sino sólo hipotética. Dicho de otro modo, el principio de absoluto respeto es claro, sumamente claro, pero no despeja completamente las incertidumbres, precisamente porque la vida humana es en parte absoluta, pero en parte relativa, depende de condiciones contingentes, empíricas, en las que la mente nunca puede alcanzar la certidumbre de las proposiciones formales. En este nivel también hay obligaciones morales y por tanto imperativos, pero éstos ya no serán, no podrán ser categóricos sino sólo hipotéticos. En la vida moral hay algo absoluto, pero también hay algo, y quizás más que algo, relativo. No todo es absoluto en ella; como tampoco todo es relativo. Utilizando un par de conceptos que Kant introdujo en ética, aunque en un sentido algo distinto del kantiano, podría decirse que en ética sólo las afirmaciones formales pueden tener carácter absoluto y categórico, y que las proposiciones materiales han de tener siempre la condición de relativas e hipotéticas. No es un azar que desde tiempos muy antiguos se haya venido contraponiendo la llamada "certeza moral" a la verdadera certeza, la propia de las proposiciones formales de la lógica y las matemáticas. La certeza moral nunca es cierta del todo, precisamente porque depende siempre de las condiciones empíricas, que el hombre nunca es capaz de conocer exhaustivamente.

De todo esto se deduce que en la ética humana hay algo absoluto, el "qué", el respeto de los seres humanos, pero el "cómo", cómo han de ser respetados, cuáles son las vías o los modos de su respeto, es relativo, y tiene que ser resultado de un trabajoso proceso de esclarecimiento individual, social e histórico. La respuesta al "cómo" no es absoluta, como tampoco lo es la del "quién". Sabemos que debemos respetar a los seres humanos, pero no sabemos con precisión quién es un ser humano. Durante siglos y siglos se ha venido discutiendo sobre el tema de los monstruos, esos seres mitad hombre mitad animales, de los que no se sabía muy bien a qué especie pertenecían. Este es hoy el caso de los debates sobre el estatuto del embrión. Hay personas para las que el simple planteamiento de la cuestión es ya aberrante, pero ello se debe a que absolutizan todo, el qué, el cómo y el quién. La respuesta a la cuestión por el carácter humano o no de los embriones en sus primeras fases de desarrollo ha ido, de hecho, variando a lo largo del tiempo, lo cual es la demostración más palpable de su

carácter relativo. Como lo es también la de cuándo finaliza la vida. Hace no más de treinta años se ha tenido que redefinir la muerte, creando el concepto de muerte cerebral. Si tan claro era el tema, por qué la necesidad de una nueva definición? y si ésta ha sido necesaria, es que el tema no puede darse, ni hoy ni quizá nunca, por zanjado.

La cuestión está en que la oscuridad se hace particularmente intensa en los confines, al comienzo y al final de la vida. Esto permite también entender por qué es en estas zonas donde se concentran los problemas morales. No es un azar. Obedece a una profunda lógica, que hunde sus raíces en la particular condición de la realidad humana.

Así las cosas, es necesario que nos planteemos los dilemas éticos en el final de la vida, no con el objeto de resolverlos de una vez por todas, sino de ver dónde nos hallamos hoy en el debate de estas cuestiones, cuáles son los argumentos que sustentan las diferentes posturas y cuál la actitud que aquí y ahora parece más prudente mantener, seguros de que con ello no alcanzaremos certezas absolutas, sino, en el mejor de los casos, la modesta certeza moral de los autores clásicos. En cuestiones tan graves como las que atañen al principio y al final de la vida no debemos aspirar a más, pero tampoco a menos.

## II. El marco de referencia del debate

La cultura occidental tradicional o clásica ha considerado siempre que la conservación de la vida es una obligación moral irrenunciable, por hallarse inscripta tanto en la ley divina -recuérdese el mandamiento de no matar de la ley de Moisés-, como en la ley natural. Es Aristóteles el que en la Ética a Nicómaco dice que el suicidio es injusto y no se puede permitir, no porque vaya contra el propio individuo, sino porque va contra la comunidad (polis). El mundo antiguo no hace diferencia entre actos intransitivos y transitivos. El orden de la naturaleza engloba todos. De ahí que Aristóteles escriba: "La ley no autoriza a suicidarse, y lo que no autoriza, lo prohíbe. Por otro lado, siempre que uno hace daño a otro contra la ley, voluntariamente y sin que el otro se lo haya hecho a él, obra injustamente; y lo hace voluntariamente si sabe a quién y con qué; y el que, en un acceso de ira, se degüella voluntariamente, lo hace en contra de la recta razón, cosa que la ley no permite, luego obra injustamente. Pero, ¿contra quién? ¿No es verdad que contra la ciudad, y no contra sí mismo?. Sufre, en

efecto, voluntariamente, pero nadie es objeto de un trato injusto voluntariamente. Por eso también la ciudad lo castiga, y se impone cierta pérdida de derechos civiles al que intente destruirse a sí mismo, por considerarse que comete una injusticia contra la ciudad."<sup>4</sup> Esto es lo que ha venido diciendo el Derecho penal clásicamente, al tipificar el suicidio y el intento de suicidio como una figura penal.

Para la ética naturalista lo bueno viene marcado por el orden de la naturaleza en forma de ley natural. Esta ley tiende a la conservación del propio ser, y por tanto todo intento de interrumpir la vida de cualquier persona, la propia o la ajena, es por definición inmoral. La ética naturalista no establece diferencias morales entre actos transitivos e intransitivos, y por tanto entre homicidio y suicidio. Hay actos que son intrínsecamente malos, ya que van contra la ley natural, y uno de ellos es el poner fin a una vida. La tesis del naturalismo es que todo el que intenta poner fin a la propia vida es un enfermo mental (pues va contra lo que es su fin natural), y que por tanto tiene que ser protegido en contra de su voluntad. Al suicida hay que protegerle en contra de su voluntad.

Estos planteamientos van a sufrir un brusco cambio en los comienzos del mundo moderno, cuando los viejos ideales de una naturaleza armónica y finalista desaparecieron. La ideología liberal surgió en los siglos XVII y XVIII. Surgió como libertad de conciencia, frente a las guerras de religión, como conciencia de que todo ser humano es depositario de unos derechos humanos primarios e inalienables, entre los que están el derecho a la vida y a la integridad física, etc. Esto va a llevar a una conciencia cada vez más acentuada de lo propio a diferencia de lo ajeno, y también de lo público a diferencia de lo privado. En el mundo antiguo y medieval no hay una gran conciencia de la vida privada. Todo era público y privado a la vez. Tampoco había una gran conciencia de lo propio. Todo era propio y ajeno a la vez. Es el mundo moderno el que divide la vida en dos áreas perfectamente precisas, la pública y la privada.

Esas dos áreas se van a regir por principios morales distintos. La ética moderna, liberal, suele ser una ética principialista. Esto es muy importante tenerlo en cuenta. No todas las éticas son principialistas, pero la ética liberal sí lo es. Los derechos humanos son sistemas de principios. Y la ética kantiana, por ejemplo, también lo es. La ética antigua se basaba en el binomio virtud-vicio. La ética moderna se basa en el binomio principios-consecuencias. Sin ésto no se entiende la

modernidad, ni tampoco los debates sobre la eutanasia.

Pues bien, lo que decimos es que ya desde un principio se comenzó a decir que los principios éticos que han de regir la vida pública son distintos de aquellos otros que deben invocarse en la vida privada. Es la gran distinción entre deberes perfectos o de justicia y deberes imperfectos o de beneficencia. En bioética, esta distinción ha llevado a diferenciar dos niveles, el público, constituido por los principios éticos de No-maleficencia y de Justicia, y el privado, con los de Autonomía y Beneficencia.<sup>5</sup>

Esta distinción de niveles ha llevado al liberalismo moderno a pensar que el hombre no puede disponer de la vida de los demás, pero sí puede disponer de la suya propia. Pocos pensadores lo han expresado con tanta claridad como John Stuart Mill, cuando en su ensayo "Sobre la libertad" escribe: "El objeto de este ensayo es afirmar un sencillo principio destinado a regir absolutamente las relaciones de la sociedad con el individuo en lo que tengan de compulsión o control, ya sean los medios empleados la fuerza física en forma de penalidades legales o la coacción moral de la opinión pública. Este principio consiste en afirmar que el único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entrometa en la libertad de acción de uno cualquiera de sus miembros, es la propia protección. Que la única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente. Nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría más feliz, porque en opinión de los demás, hacerlo sería más acertado o justo."<sup>6</sup>

Esto explica que en el interior del pensamiento liberal no hayan prosperado las leyes de eutanasia, que suponen, por definición, la intervención activa en el cuerpo de otra persona, con la intención de poner fin a su vida. El caso holandés debe verse como lo que es, una excepción. Pero quizá convenga recordar cómo se han desarrollado los acontecimientos en los Estados Unidos, pues ellos son una buena prueba de lo que vengo diciendo.<sup>7</sup>

### III. La polémica sobre el suicidio asistido

En los Estados Unidos se han dado últimamente dos fenómenos de gran significación. Uno ha sido el

rechazo mayoritario y reiterado de los procedimientos de eutanasia activa directa. El caso más característico es, quizá, la gran crítica que han recibido los procedimientos del famoso doctor Jack Kevorkian<sup>8</sup>. Toda intervención activa en el cuerpo de otra persona con el objeto de poner directamente fin a su vida, es siempre juzgada como moralmente negativa.

Algo más complejo es el problema del llamado suicidio asistido, precisamente porque en él la transitividad del acto está reducida a su mínima expresión. Esto es lo que ha hecho que la propuesta de Timothy Quill haya sido mejor recibida por la sociedad norteamericana, aunque, como luego veremos, también ha levantado un sentimiento general de rechazo. En lo que sigue voy a exponer algunas características de este tipo de propuesta, tan debatida en el mundo anglosajón como alternativa a la eutanasia en estos últimos años. Para ello seguiré el trabajo de Timothy E. Quill, Christine K. Cassell y Diane E. Meier, "Atención al enfermo terminal. Criterios clínicos propuestos para la asistencia médica al suicidio", publicado en noviembre de 1992 en el New England Journal of Medicine<sup>5</sup>.

El concepto de suicidio asistido, y más en concreto de suicidio médicamente asistido, ha nacido, como es obvio, dentro de la tradición moderna, autonomista y liberal<sup>10,11,12</sup>. De hecho, no podría tener ninguna significación dentro de la ética naturalista, para la que aparece como un mero artefacto verbal, encubridor de un acto que tiene la gravedad moral de un asesinato, simplemente porque todo, incluido el suicidio, tiene básicamente esa misma gravedad.

La tesis de los autores es que "uno de los más importantes objetivos de la medicina es conseguir que las personas enfermas sin esperanzas de cura puedan morir con tanta comodidad, control y dignidad como les sea posible"<sup>13</sup>. Para ésto son más útiles las técnicas de cuidados confortables y paliativos que las técnicas médicas curativas. Pero hay casos en los que los cuidados paliativos no consiguen evitar el sufrimiento. Como dicen los autores "todavía existen ocasiones en las que pacientes incurables sufren de una forma intolerable antes de morir, a pesar de que se realicen grandes esfuerzos para evitarles ese sufrimiento. Algunos de estos pacientes preferirían morir antes que vivir en las condiciones impuestas por su enfermedad, y unos pocos piden ayuda para ello a sus médicos"<sup>14</sup>.

Quill, Cassel y Meier ponen algunos ejemplos de peticiones en tal sentido: un antiguo atleta, que pesa

36 Kg. tras haber estado durante ocho años luchando contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que además está perdiendo la vista y la memoria, y que está aterrizado por el temor a la demencia del SIDA; una madre con siete hijos, continuamente sofocada y recluida en su casa, en cama, con una herida mal oliente abierta en su abdomen, que no puede comer y que ya no quiere seguir luchando contra el cáncer de ovario; un peón industrial retirado, con un gran apego a su propia autonomía, cuadripléjico a causa de una esclerosis lateral amiotrófica, que ya no quiere seguir más tiempo dependiendo de los demás en un estado sin solución posible, y que lo único que hace es esperar su propia muerte; un escritor con una gran metástasis en los huesos ocasionada por un cáncer de pulmón que no ha respondido ni a la quimioterapia ni a la radiación, y que no puede tolerar esa decisión diaria entre la sedación y el dolor; y un colega médico, muriéndose progresivamente de una fibrosis pulmonar, que no quiere ser mantenido mediante ventilación, pero que está igualmente aterrizado por la asfixia. Como en el caso de Diane, que ya ha sido referida con más detalle, hay historias personales de valor y dolor para cada uno de estos pacientes que nos obligan a los médicos a considerar muy seriamente sus peticiones en el sentido de ayudarles a morir<sup>15</sup>.

La tesis de los autores citados es que el médico debe ayudar a estos pacientes que quieren suicidarse, aunque están contra cualquier tipo de eutanasia. Y así escriben: "Nuestro objetivo es proponer un criterio clínico que permita a los médicos responder adecuadamente a los pacientes incurables que de una forma responsable les piden ayuda para terminar con su vida. Nosotros apoyamos la legalización de este tipo de suicidio, pero no de ningún tipo de eutanasia activa. Creemos que esto nos lleva al mejor equilibrio entre una respuesta humana a la petición de los pacientes como los anteriormente descritos y a la necesidad de proteger a otras personas más vulnerables. Defendemos con todas nuestras fuerzas unos cuidados intensivos, al precio que sea pero cuyo objetivo sea proporcionar una mejor situación a todos aquellos pacientes irremediamente enfermos. Cuando se aplique de una forma correcta en pacientes cuyos síntomas estén suficientemente bien controlados, este "proporcionar la mejor situación posible" puede dar como resultado tolerable la muerte. El suicidio asistido médicamente no debe ser visto nunca como un sustituto de cualquier otro tipo de cuidados cuyos objetivos sean hacer más agradable la existencia del paciente, o solucionar los

desafíos físicos, personales o sociales ocasionados por el hecho de estar muriéndose. De todos modos, el que un paciente con una enfermedad incurable quiera tener algún control sobre su propia muerte, no es algo idiosincrásico, egoísta, ni muestra ningún tipo de desequilibrio mental. La idea de una muerte noble y digna, con un significado profundamente personal y único, se encuentra exaltada en grandes obras literarias, poéticas, artísticas y musicales. Cuando un enfermo incurable pide que le ayuden a morir de este modo, creemos que los médicos tienen la obligación de investigar la petición a fondo y, en determinadas circunstancias, considerar cuidadosamente el hacer una excepción a la prohibición de ayudar a morir"<sup>16</sup>.

Adviértase el modo como razonan Quill, Cassel y Meier. En primer lugar, se oponen a la eutanasia. La razón es clara. Ellos distinguen entre no-maleficencia y beneficencia, y consideran que el suicidio es éticamente aceptable cuando un sujeto autónomo lo considera beneficioso para él, en tanto que piensan que la eutanasia cae dentro del principio de no-maleficencia, y que por tanto no es fácilmente justificable desde el punto de vista ético. A partir de estos criterios, concluyen que sólo el suicidio debe ser ética y jurídicamente aceptable. La cuestión es si ese suicidio puede estar asistido médicamente. Y su opinión es que sí; más aún, que los médicos pueden ayudar al suicidio, si bien de modo excepcional, haciendo "una excepción a la prohibición de ayudar a morir"<sup>17</sup>. Esto es muy importante. La asistencia al suicidio es un acto transitivo, y por tanto no cae ya dentro de las acciones intransitivas regidas por el principio de beneficencia, sino de las transitivas, reguladas por el de no-maleficencia. Esta es la razón de que los códigos penales no penalicen ahora el suicidio, pero sí la ayuda al suicidio. Quill, Cassel y Meier son muy conscientes de esto, y consideran que es así y que debe ser así. El suicidio asistido no puede ser para ellos nunca una norma, sino una mera "excepción" a la norma, despenalizada a la vista de las circunstancias y consecuencias que concurren en ciertos casos especialmente trágicos. En principio, y salvo excepciones, la colaboración o ayuda al suicidio debe estar penalizada, y debe considerarse inmoral. Pero en ciertas situaciones parece que las circunstancias del caso permiten hacer una excepción a ese principio. Se trataría de algo así como lo que los penalistas llaman "estado de necesidad", que permitiría hacer una excepción a la norma. Y parece que esta excepción la debería hacer el médico, ya que se halla

respecto del paciente en "posición de garante".

¿Qué es el suicidio asistido?. ¿En qué consiste? Quill, Cassel y Meier lo describen de la siguiente manera: "Para un médico, ayudar en un suicidio supone proporcionar un método de suicidio (podría ser una receta de barbitúricos) al paciente que, por otro lado, es físicamente capaz de llevarlo a cabo, y que consecuentemente actúa bajo su propia responsabilidad. El suicidio asistido por un médico se distingue de la eutanasia en que en esta última el médico, no sólo le proporciona al paciente un modo de suicidarse, sino que además, en caso de que el paciente se lo pida, el médico actúa como el causante real de la muerte. Mientras que la eutanasia activa es ilegal en todos los Estados Unidos, sólo 36 estados tienen leyes que prohíben explícitamente el suicidio médicamente asistido. En todos los casos en los que un médico ha ayudado compasivamente a un enfermo terminal a suicidarse, los cargos criminales han sido rechazados o el veredicto ha sido el de no "culpable". A pesar de que la posibilidad de ser considerado legalmente culpable sea remota, el riesgo de un proceso legal muy caro, y la publicidad que el caso conllevaría, es prohibitivo para la mayoría de los médicos, por lo que éstos prefieren no llevar este tipo de asistencia a la práctica"<sup>18</sup>.

Según ellos, el suicidio médicamente asistido ha sido una práctica muy usual en la historia de la medicina. Hay muchísimos fármacos que tomados a altas dosis desencadenan o pueden desencadenar la muerte. Cuando el médico se los receta al paciente, tiene que advertirle que a partir de una cierta dosis tal fármaco puede resultar mortal. Generalmente el médico dice esto para que no tome esa dosis, sino otra menor. Pero entre ese hecho y el suicidio médicamente asistido puede no mediar otra cosa que la mera intención del médico al decir esas palabras o del paciente al oírlas. El médico siempre ha solido justificar su actuación en esos casos mediante el principio del doble efecto o la teoría del voluntario indirecto: él lo que quiere es que el enfermo se cure o alivie, no que se mate, aunque es consciente de que puede hacerlo. Pero no podemos desconocer que a veces el médico sospecha las intenciones del paciente y, a la vista de las circunstancias, receta el medicamento que puede matarle. Más aún, hay veces que hace más, poniendo directamente la medicación que le va a acortar la vida. Es el caso de la llamada eutanasia activa indirecta, que no se identifica con el suicidio asistido, pero que se halla muy próximo a él. De ahí que Quill, Cassel y Meier escriban: "No se sabe

hasta qué punto está extendido actualmente en Estados Unidos el suicidio asistido médicamente, o con qué frecuencia los médicos desatienden las peticiones de sus pacientes en este sentido. Se dice que aproximadamente 6.000 muertes al día en los Estados Unidos están de algún modo planeadas o indirectamente asistidas, probablemente mediante el "doble efecto" de los medicamentos para aliviar el dolor que pueden, al mismo tiempo, acelerar la muerte, o la interrupción, o no comienzo, de los potenciales tratamientos para prolongar la vida. Del 3 al 37 % de los médicos que responden a encuestas anónimas sobre el tema, afirman participar activamente en el proceso de aceleración de la muerte del paciente, pero estas cifras hay que matizarlas en base a la pobreza tanto de la muestra como del diseño del estudio. Todas las encuestas de opinión pública llevadas a cabo durante los últimos cuarenta años han puesto de manifiesto que una mayoría de los americanos se decantan a favor de la muerte asistida en los casos de enfermedad terminal. En el estado de Washington tuvo lugar en 1991 un referendun para legalizar la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido, con unas garantías no excesivamente definidas. Este referendun se perdió por un escaso margen. Iniciativas más conservadoras han sido comunes en California, también en New Hampshire, y están siendo tomadas en consideración en Florida y en Oregón<sup>19</sup>.

Para Quill, Cassel y Meier el suicidio asistido puede y debe verse como un paso más en el proceso de asistencia médica al paciente terminal. De ahí que tenga toda una ética subyacente, que debe juzgarse de acuerdo con el principio, tradicional en la ética médica, del no abandono del paciente. La tesis de Quill y Cassel es que el no abandono es un principio ético irrenunciable de la medicina, y que el suicidio asistido debe juzgarse desde él<sup>20,21</sup>. "El suicidio con asistencia médica forma parte de un continuum de opciones en cuanto a un cuidado confortable, que comenzaría con el abandono de los tratamientos de mantenimiento, incluidas aquellas medidas más agresivas destinadas a aliviar los síntomas y que permitiría el suicidio asistido únicamente si el resto de las alternativas han fracasado y se cumplen todos los criterios. La eutanasia activa voluntaria se excluiría de este continuum en base al riesgo de abuso que supone. Somos conscientes de que esta exclusión se establece a expensas de aquel grupo de pacientes incurables, competentes, que no pueden tragar, o moverse, y a quienes, por consiguiente, no se puede ayudar a morir mediante un suicidio asistido.

Estos individuos que cumplen los criterios en otros aspectos no deben ser abandonados a su propio sufrimiento. Se les podría ofrecer una combinación de medidas que van desde la supresión de las terapias de mantenimiento (incluyendo en ellas la alimentación sólida y mediante suero), así como una búsqueda simultánea de alternativas imaginativas. Somos conscientes de que esta solución no es, ciertamente la ideal, pero reconocemos también que en los Estados Unidos el acceso a los cuidados médicos es, habitualmente, muy desigual, y que la relación médico-paciente es, en muchos casos, suficientemente impersonal como para asumir los riesgos de permitir una eutanasia voluntaria activa."<sup>22</sup>.

En Estados Unidos ha habido estos últimos años varias iniciativas, conocidas con el nombre general de Death with Dignity Initiatives, de legalizar las acciones transitivas conducentes a poner fin a la vida de otras personas, es decir, de legalizar el suicidio asistido y el homicidio por compasión. La primera fue la de Washington en 1991 (Iniciativa 119), y la segunda la de California en 1992 (Proposición 161)<sup>23</sup>. Ambas fueron rechazadas. El 8 de noviembre de 1994, los votantes de Oregón aprobaron la tercera (Medida 16). Esta última iniciativa era más prudente que las anteriores, e intentó aprender de los errores de éstas. La iniciativa de Washington fue escrita por la sección de ese Estado de la Hemlock Society como una serie de enmiendas a la Natural Death Act de Washington (la segunda ley norteamericana de testamento vital). La iniciativa intentaba legalizar el suicidio médicamente asistido y la eutanasia, bajo la expresión physician aid-in-dying, entendida como "un servicio médico, efectuado por el médico en persona, para poner fin a la vida de un paciente cualificado como consciente y mentalmente competente de un modo digno, indoloro y humano, cuando lo pide un paciente de modo voluntario a través de una directiva escrita".

La Proposición 161 del Estado de California se basó en una propuesta anterior de la Helmlock Society (The Humane and Dignified Death Act), que no fue aprobada en 1988. En su nueva forma seguía incluyendo la frase ambigua physician aid-in-death, aunque definiéndola de modo más claro, de modo que incluyera la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido: "Ayuda en el morir significa un procedimiento médico para poner fin a la vida de un paciente cualificado de forma indolora, humana y digna, ya sea administrada por el médico a elección o dirección del paciente, ya se limite el médico a proveer al paciente de los medios

para su autoadministración". Esta iniciativa, además, incluía más salvaguardas que la del Estado de Washington, a fin de evitar abusos.

La Hemlock Society trasladó su sede nacional de California a Oregon en 1988. Pero no fue hasta 1994 cuando una de sus iniciativas, la medida 16, se admitió a trámite. El fundador y primer presidente de la Hemlock Society, Derek Humphry, expresó su confianza en que esta medida sería aprobada, en gran medida porque es más limitada que las iniciativas de Washington y California.<sup>24,25,26,27</sup> Aunque tiene el mismo título que las otras dos, el contenido de la Oregón Death with Dignity Act se limita a permitir a los médicos a atender la petición de un paciente adulto competente con menos de seis meses de vida de una prescripción de un fármaco letal: "Un adulto que tiene capacidad legal, residente en Oregon y que ha sido diagnosticado por su médico y el médico consultor de una enfermedad terminal y que ha expresado voluntariamente su deseo de morir, puede hacer una petición escrita de medicación con el objetivo de poner fin a su vida en una forma humana y digna, de acuerdo con esta ley". Como puede comprobarse, la iniciativa de Oregon ha quedado reducida a la legalización del suicidio asistido, excluyendo la eutanasia activa directa. Como ha escrito George J. Annas, "la Medida 16 parece haberse escrito en respuesta a la reacción pública generalmente favorable al caso del Dr. Timothy Quill, que prescribió un fármaco letal a su paciente Diana, y para evitar la reacción mucho más negativa del público al Dr. Jack Kevorkian".<sup>28</sup> A pesar de estas precauciones y de la aprobación de la medida, el National Right to Life Committee ha bloqueado su entrada en vigor.<sup>29</sup> La razón es que sigue afirmándose que no existe diferencia entre poner fin a la vida de uno mismo (suicidio) y matar a otro (homicidio). Derek Humphry siempre ha dicho que ambas cosas tienen el mismo valor moral, y que la Medida 16 es sólo el primer paso. Esto no sólo es ilegal, sino que va en contra de una percepción clara de nuestra cultura occidental, que está dispuesta a admitir el suicidio, pero no el homicidio. Como, por otra parte, el médico no necesita de una legislación distinta de la ya existente para recetar fármacos que el paciente pueda usar en cantidad excesiva produciéndose la muerte, la opinión de George J. Annas es que no se necesita ninguna nueva legislación.<sup>30,31</sup>

De todo esto cabe concluir que nuestra sociedad establece una barrera infranqueable entre los actos intransitivos y los transitivos, y que los juzga con

categorías distintas. Toda acción transitiva tendente a poner fin a la vida de otra persona, ya sea bajo la forma de suicidio asistido, ya de homicidio por compasión, es vista como inmoral, o al menos como sumamente peligrosa. De ahí que cada vez sean más los que se preguntan si no ha llegado la hora de plantear el tema de otra manera, a saber, respetando la voluntad del enfermo en el rechazo de ciertos tratamientos vitales, dejando que la propia naturaleza sea la que finalice el proceso. Se trata de revalorizar de nuevo el papel de la eutanasia pasiva. Esto es lo que practicaron todos los pueblos primitivos, y es lo que la medicina ha hecho a todo lo largo de su vida. El llamado desahucio médico no era más que esto, la retirada de todo procedimiento de soporte, no por voluntad del paciente sino por criterio médico. Quizá ha llegado la hora de renovar la figura del desahucio, no en su forma clásica, pero sí en la del desahucio voluntario o a petición del paciente.

Hasta hace muy pocas décadas, el médico "desahuciaba" al paciente una vez diagnosticada la incurabilidad del proceso, y esto era algo que tanto la sociedad como la familia y el propio derecho aceptaban de buen grado. Hoy, sin embargo, las cosas son muy distintas. Las nuevas técnicas de soporte vital permiten la prolongación artificial de la vida durante un cierto tiempo, en condiciones por lo general deplorables. Con frecuencia se consigue el aumento de la cantidad de vida a costa de una ínfima calidad. Esto ha dado lugar a expresiones tales como "distanasia", "encarnizamiento terapéutico" o como prefieren decir los anglosajones furor terapéutico (therapeutic furor). La irracionalidad de este modo de proceder es patente, a pesar de lo cual su práctica es cada vez más usual. Las razones son múltiples, pero entre ellas juega un papel importante el miedo que el médico tiene a que en caso de no proceder así se le acuse de negligencia profesional, y sea condenado por los tribunales de justicia de un delito de comisión por omisión. No hay duda de que, al menos en ciertas interpretaciones, nuestro derecho favorece más la distanasia que la eutanasia. Como tantas veces sucede, el avance tecnológico ha llevado a situaciones que resultan paradójicas cuando se las juzga desde los esquemas jurídicos tradicionales. Por todo ello, parece necesario recuperar las figuras de la eutanasia pasiva y el desahucio a petición, que son quizá los caminos más clásicos y correctos de manejar los muchos y graves problemas hoy presentes en el final de la vida. En este sentido, propuestas como la de Daniel Callahan adquieren ahora una significación nueva<sup>32,33,34</sup>. Para él la eutanasia y el suicidio asistido no son nunca actos



individuales sino sociales, y por tanto intrínsecamente transitivos. No es cierta la tesis, que el utilitarismo ha popularizado en las últimas décadas, de que desde el punto de vista moral es igual matar que dejar morir. El matar supone actuar directamente sobre otra persona con el fin de quitarle la vida. Es un acto estrictamente transitivo. El dejar morir, por el contrario, evita la relación directa de causalidad. Respetamos la voluntad del sujeto que se niega a un tratamiento, y es la naturaleza la que acaba provocándole la muerte. Las consecuencias son, ciertamente, las mismas, como Daniel W. Brock ha señalado.<sup>35</sup> Pero los principios no se ven lesionados de la misma manera en uno u otro caso. El matar es siempre una lesión del principio de no-maleficencia, en tanto que el dejar morir, si se cumplen ciertas condiciones, no lo es. Como dice Daniel Callahan, se trata de dos actos metafísica y moralmente distintos. Acabar con la vida de otro ser humano con una inyección es matarlo directamente. La acción es la causa física de la muerte. Permitir que alguien muera de una enfermedad de la que no somos responsables y que no se puede curar, es dejar que la enfermedad, es decir, la naturaleza, sea la causa de la muerte. Sólo desde estos presupuestos se puede entender el éxito que ha tenido en los Estados Unidos el libro de Sherwin B. Nuland, Cómo morimos. Frente a la eutanasia y el suicidio asistido, Nuland describe el modo como morimos las personas del siglo XX, en un intento por educar a la población en el proceso del final de la vida. Es una nueva ars moriendi, en la que el protagonista tiene que ser el paciente, no el médico. De ahí que Nuland concluya el libro con estas reflexiones: "El día que yo padezca una enfermedad grave que requiera un tratamiento muy especializado, buscaré a un médico experto. Pero no esperaré de él que comprenda mis valores, las esperanzas que abrigo para mí mismo y para los que amo, mi naturaleza espiritual o mi filosofía de la vida. No es para esto para lo que se ha formado y en lo que me puede ayudar. No es esto lo que anima sus cualidades intelectuales. Por estas razones no permitiré que sea el especialista el que decida cuándo abandonar. Yo elegiré mi propio camino o, por lo menos, lo expondré con claridad de forma que, si yo no pudiera, se encarguen de tomar la decisión quienes mejor me conocen. Las condiciones de mi dolencia quizá no me permitan "morir bien" o con esa dignidad que buscamos con tanto optimismo, pero dentro de lo que está en mi poder, no moriré más tarde de lo necesario simplemente por la absurda razón de que un campeón de la medicina tecnológica no

comprenda quién soy."<sup>36</sup>

No hay duda de que las posturas escritas últimamente vuelven a un cierto "naturalismo", algo que parecía ya superado en ética. Pensar que el dejar morir es más moral que el matar porque en este último caso el hombre es el causante directo de la muerte, en tanto que en el primero es la naturaleza quien pone término a la vida, es volver de algún modo al viejo naturalismo. Lo que pasa es que este naturalismo no es ya el viejo. Aquel defendía que la naturaleza era principio o criterio de moralidad, y que los actos antinaturales eran por definición malos. Contra este naturalismo es contra el que se revolvió Hume, y a él es al que dirigió su falacia naturalista. Pero hay un cierto naturalismo que no cae en esta falacia. No podemos olvidar que la naturaleza es en algún sentido un a priori de la propia realidad humana, y que por tanto funciona como condición de posibilidad suya. Fundar la ética en la pura razón, como hicieron los ilustrados del siglo XVIII, precisamente para evitar la falacia naturalista, no deja de ser un profundo contrasentido, ya que hay algo previo a la propia razón y aún a la naturaleza humana, que es la propia naturaleza, que por tanto tiene que ser considerada de algún modo como un imperativo categórico moral, como un fin en sí misma. Excluir por completo el concepto de naturaleza de la vida moral es tanto como condenarse a no entender ésta.<sup>37</sup> De hecho, los conceptos de finitud y mortalidad son absolutamente necesarios para entender la condición humana, y uno de los graves problemas de nuestra cultura, como han denunciado tanto Kass como Callahan, es que ha cerrado los ojos a las ideas de finitud y mortalidad. Moralidad y mortalidad son términos indisolublemente unidos, como ha señalado Kass.<sup>38</sup> No se puede asumir la vida si no se asume la muerte. Y una y otra son características que nos vienen dadas. Hay, por tanto, presupuestos de la propia racionalidad, y aún de la propia autonomía humana. No todo es autónomo en el hombre. La propia autonomía humana tiene un límite heterónimo. El hombre no se da a sí mismo su propia vida, sino que la recibe de otro, le viene dada. De ahí que tampoco esté tan claro que se la pueda quitar. Este es un punto sobre el que cada vez se insiste más en la literatura. El ser humano no es dueño de su vida. O al menos no es dueño absoluto de ella. Puede disponer de ella, pero no de modo absoluto. Porque puede disponer de ella, cada vez se acepta más la autogestión de la vida y hasta de la muerte. Ya lo hemos dicho. El propio suicidio es visto ahora como un acto de autogestión límite, que

acontece cuando las condiciones son tan extremas que el vivir se convierte en un suplicio mayor que la muerte. Nuestra sociedad considera que en ciertas situaciones extremas el ser humano puede poner término a su propia vida. Pero lo que parece que no está dispuesta a aceptar es la heterogestión de la muerte, es decir, el hecho de que sean otros los que pongan directamente fin a la vida de ciertas personas. La gestión de la muerte tiene un límite. Y aunque ese límite dista mucho de estar claro, nuestra sociedad ha decidido, pienso que prudentemente, respetar la autogestión y prohibir la heterogestión. Éticamente, se trata de dos actos completamente distintos. El primero tiene que ver con el principio ético de Beneficiencia, en tanto que el segundo afecta directamente al de No-maleficiencia.<sup>39</sup>

#### IV. Algunas propuestas concretas

En orden a implementar esta filosofía de manejo de los conflictos relacionados con el final de la vida, yo vengo proponiendo desde hace tiempo en distintos foros los siguientes criterios:

1° En una sociedad secular y plural resulta difícilmente discutible que, en principio, quien primariamente debe tomar ese tipo de decisiones es la propia persona. Ningún otro ser humano, incluido el médico, tiene en principio, derecho a tomar ese tipo de decisiones en vez del propio sujeto.

2° Del principio anterior se deduce que debe concederse a todo ser humano la posibilidad de gestionar, al menos dentro de ciertos límites, no sólo su vida sino también su muerte. En ese sentido, es necesario promover en nuestro medio la implantación de procedimientos que permitan conocer con antelación la voluntad de las personas en situaciones críticas o terminales. Estos procedimientos se conocen con el nombre genérico de Directrices previas o anticipadas, y entre ellos están los Testamentos vitales, los Poderes notariales, la designación de mandatarios, las Directrices parciales, las Ordenes de no reanimar, etc. (Ultimamente se empieza a hablar entre nosotros de las Autotutorías, es decir, la designación que hace una persona ante notario, cuando está en perfecto uso de sus facultades, de un tutor para que le represente cuando esté incapacitado. Estos documentos no están explícitamente aceptados por nuestro Derecho, pero tampoco rechazados). Es importante la promoción de este tipo de documentos en nuestro medio, pues ello no sólo permitirá un mayor respeto de los derechos humanos de las personas, sino que además

incrementará la calidad técnica y humana de nuestras instituciones sanitarias.

3° Los anteriores documentos carecerán de toda validez si no son aceptados o asumidos por pacientes autónomos, y por tanto capaces legal y moralmente. Esto plantea un problema de la máxima importancia, y es la necesidad de evaluar la capacidad de los pacientes para tomar este tipo de decisiones. Es obligación de todo el personal sanitario, y en particular del médico responsable de un paciente, evaluar la capacidad de éste e impedir que tome decisiones cuando, por las razones que sean (minoría de edad, enfermedad, trastorno psicológico, etc.), no está capacitado para ello.

4° Cuando un paciente quiere morir y pide ayuda en tal sentido, es porque se encuentra en unas condiciones que considera peores que la propia muerte. Estas condiciones suelen deberse a marginación social o el dolor físico. En ambos casos, la sociedad tiene la obligación de poner todos los medios a su alcance para evitar estas situaciones de marginación, que pueden llegar a ser tan grandes que hagan de la vida algo abyecto e insoportable. Una sociedad civilizada y decente no puede, pues, descuidar sus obligaciones de justicia y no-maleficiencia con los enfermos y ancianos, hasta el punto de colocarles en situaciones que les hacen preferir la muerte, y después atender solícitamente esta última petición. Por ello, consideramos que el Estado tiene la obligación perentoria de mejorar los sistemas de atención a los pobres, ancianos y marginados, evitando la situación de desamparo en que muchos de ellos se ven en las fases finales de su vida. Del mismo modo, pensamos que es prioritaria la organización de Unidades del dolor y, sobre todo, de Unidades de Cuidados paliativos en los centros sanitarios, a fin de que la situación de los enfermos terminales mejore, tanto controlando sus síntomas, especialmente el dolor, como apoyándolos emocionalmente.

5° La revolución que se está operando en nuestros días exige una puesta a punto de nuevos criterios de actuación, muy distintos de los tradicionales. Promover la Asistencia social de los marginados y ancianos, crear las Unidades de cuidados paliativos en los centros sanitarios, instaurar las Directrices previas en nuestros hospitales, exige un cambio de mentalidad, que no será posible sin un proceso educativo, tanto de los profesionales sanitarios como de la propia sociedad. Creemos, por ello, que hay que iniciar programas de educación y concienciación sobre esos problemas que, evitando el sensacionalismo, vaya haciendo prevalecer las opiniones prudentes y maduras.

6° Es correcto que los actos intransitivos contra la propia vida realizados por personas capaces no estén tipificados jurídicamente como figuras penales, y que por tanto queden a la libre moralidad de las personas, que habrán de decidir siempre cómo gestionar su vida privadamente, de acuerdo con los principios de Autonomía y Beneficiencia. Los actos intransitivos deben considerarse privados, y quedar a la gestión de los propios individuos. Entre estos actos intransitivos, está la prohibición por parte del paciente de utilizar en su cuerpo ciertas técnicas o procedimientos, como son los de soporte vital.

7° Lo contrario sucede con los actos transitivos. Estos, es lógico que deban juzgarse con otro criterio moral, que no es el privado de Beneficiencia sino el público de No-maleficiencia. De ahí que las acciones realizadas en el cuerpo de otra persona con el fin de poner término a su vida deban estar tipificadas penalmente. Es lógico que así suceda. Nuestra sociedad ha evolucionado en el sentido de dejar las acciones intransitivas a la libre disposición de los individuos particulares, pero no parece dispuesta a no considerarse maleficientes las acciones que directamente tienen por objeto poner fin a la vida de una persona. En este sentido, es lógico que tanto la eutanasia como el suicidio asistido sean delitos penales.

8° Queda claro tras lo dicho que nuestra sociedad establece un límite infranqueable en estas cuestiones entre los actos intransitivos y los transitivos. Considera que deben respetarse las decisiones de las personas sobre su propio cuerpo que no exigen una intervención activa por parte de los demás, pero que no deben respetarse las decisiones que exigen la intervención activa de otras personas para poner término a su vida. En este sentido está claro, que nuestra sociedad distingue perfectamente entre omisión y acción, o entre no poner y quitar. Se discute mucho si la moralidad de estos actos es la misma. En un cierto sentido claro que lo es, ya que hay actos de comisión por omisión. Pero en otro sentido se trata de actos de moralidad completamente distinta. Los actos de comisión se rigen por el principio ético de No-maleficiencia, y los de omisión por el de Beneficiencia. En este segundo caso no se hace otra cosa que no intervenir, respetando a la persona, razón por la cual quien produce la muerte es la naturaleza. Por el contrario, en el primer caso se sería el causante directo de la muerte. En este sentido, es claro que hay una distinción clara entre eutanasia pasiva y eutanasia activa, y que su moralidad es muy distinta. Lo que parece obvio es que debe evitarse la palabra

eutanasia en el primero de los casos, y dejarla sólo como designación de los segundos.

9° Esto es lo que suelen recomendar las organizaciones profesionales médicas. Así, el famoso "Informe sobre la actuación de los médicos ante el paciente terminal", elaborado por el Consejo Judicial de la Asociación Médica Norteamericana, y aceptado por el pleno de la citada Asociación en diciembre de 1973, dice en uno de sus párrafos: "La terminación intencionada de la vida de un ser humano a manos de otro -asesinato piadoso u homicidio por compasión- es contraria a los objetivos de la profesión médica y a la política de la Asociación Médica Norteamericana. Sin embargo, la suspensión del empleo de medios extraordinarios para prolongar la vida del cuerpo cuando existe irrefutable evidencia de que la muerte biológica es inminente, es decisión del paciente y/o de su familia inmediata. El consejo y criterio del médico debe estar a disposición del paciente y/o de su familia inmediata."

10° En conclusión, pues, parece que deben distinguirse dos tipos de decisiones y actuaciones sobre la vida, aquellas de carácter intransitivo, que se rigen por el principio de Beneficiencia y deben quedar a la libre gestión de los individuos privados, y las de carácter transitivo, cuya moralidad debe enjuiciarse de acuerdo con el principio de No-maleficiencia, y han de hallarse tipificadas penalmente. Los profesionales sanitarios debemos respetar las primeras, no interviniendo en contra de la voluntad del paciente, pero no podemos colaborar en las segundas, salvo situaciones muy excepcionales, que deberían estar perfectamente especificados en la ley penal.

El tema de la eutanasia demuestra mejor que ningún otro la necesidad de elaborar una ética médica más atenta a los lazos comunitarios y las tradiciones culturales y morales de los pueblos, es decir, a sus ideales de perfección y felicidad, a sus éticas de máximos, que a los meros catálogos de derechos y deberes, que por lo general definen sólo la llamada ética de mínimos. Dime qué sociedad tienes y te diré las leyes que acabará elaborando. No nos engañemos, las leyes son sólo el mínimo común denominador moral que una sociedad establece mediante consenso. No debemos obcecarnos pensando sólo en las leyes. Los pueblos se salvan o se hunden por algo anterior a las leyes y que constituye su fundamento, los usos y costumbres, los hábitos morales, los ideales de vida, las tradiciones. Este es el punto fundamental. Y a este es al que tenemos que atender. Sólo una ética que se

base en las tradiciones, en el respeto de los seres humanos en sus particularidades, podrá dar razón suficiente del hecho moral. El médico debe hacer eso, y por ello debe promover el respeto a los pacientes. Pero lo que no debe hacer nunca es intervenir activamente en procesos que tengan por objeto poner fin a su vida. en este sentido, cabe decir, y con ello termino, que el mejor antídoto de la eutanasia activa, siempre peligrosa, es la eutanasia pasiva, el respetar el cuerpo de los pacientes y no intervenir en ellos cuando éstos se hallan en situación muy comprometida y no desean seguir adelante. La naturaleza, hoy como siempre, es la que acabará haciendo lo demás. La naturaleza, no el médico.

### Referencias

1. Unamuno M. *Del sentimiento trágico de la vida en los hombres y en los pueblos*. 16 ed. Madrid; Espasa Calpe: 1971. p. 11.
2. Unamuno M., op. cit., p. 20.
3. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid, Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País: 1992. p. 65. cf., p. 63.
4. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. v. 11, p. 1138-1215.
5. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Eudema: 1991.
6. Mill JS. *Sobre la libertad*. Madrid, Alianza: 1984. p. 65.
7. Muñagorri Laguía J. *Eutanasia y derecho penal*. Madrid, Ministerio de Justicia e Interior: 1994.
8. Kevorkian J. *La buena muerte*. Barcelona, Grijalbo: 1991.
9. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. *Atención al enfermo terminal : Criterios clínicos propuestos para la asistencia médica al suicidio*. Boletín de la Institución Libre de enseñanza, II época, Agosto 1993, nº 17, p. 33-41.
10. Coleman GD. *Suicidio asistido. Una perspectiva ética*. En: Braid RM, Rosenbaum SE. *Eutanasia : Los dilemas morales*. Barcelona, Alcor: 1992. p. 114-122.
11. Young EWD. *Ayuda al suicidio : Una perspectiva ética*. En: Braid RM, Rosenbaum SE. *Eutanasia: Los dilemas morales*. Barcelona, Alcor: 1992. p. 123-136.
12. Quill TE. *Death and dignity: Making choices and taking charge*. New York, Norton: 1993.
13. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Art. cit. p. 33.
14. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Art. cit. p. 33.
15. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Art. cit. p. 33-34.
16. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Art. cit. p. 34.
17. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Art. cit. p. 34.
18. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Art. cit. p. 34-35.
19. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Art. cit. p. 35.
20. Quill TE, Cassel CK. *Noabandonment: A central obligation for physicians*. *Ann Intern Med* 1995; 122: 368-374.
21. Pellegrino E. *Noabandonment: And old obligation revisited*. *Ann Intern Med* 1995; 122: 377-378.
22. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Art. cit. p. 36.
23. Jonsen AB. *Living with eutanasia: A futuristic scenario*. *Journal Philosophy Medicine* 1993; 18: 241-251.
24. Humphry D. *Jean's Way*. New York, Dell Book: 1978.
25. Humphry D. *Let me die before i wake*. New York, Dell Book: 1984.
26. Humphry D. *Final exit : the practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*, Eugene, Oregon, The Hemlock Society, 1992.
27. Humphry D, *Dying with dignity*. New York, Birch Lane Press: 1992.
28. Annas GJ. *Death by prescription : The Oregon initiative*. *New Engl J Med* 1994; 331: 1241.
29. *Oregon's suicide measure blocked (news)*. *BMJ* 1994; 309: 1603.
30. Annas GJ. *Death by Prescription : The Oregon initiative*. *New Engl J Med* 1994; 331: 1241-1242.
31. Lee MA, Tolle SW. *Oregon's plans to legalise suicide assisted by a doctor (editorial)* *BMJ* 1995; 310: 613-614.
32. Callahan D. *Setting limits : Medical goals in an aging society*. Nueva York, Simon and Schuster: 1990.
33. Callahan D. *What kind of life : The limits of medical progress*. Nueva York, Simon and Schuster: 1990.
34. Callahan D. *The trouble dream of life : Living with mortality*. Nueva York, Simon And Schuster: 1993.
35. Brock DW. *Forgoing lie-sustaining food and water: is it killing?*. En: Joanne Lynn, ed. *By no extraordinary means : The choice to forgo life-sustaining food and water*. Bloomington and Indianapolis, Indiana University Press: 1986. p. 117-131.
36. Nuland SB. *Cómo morimos: Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid, Alianza: 1995. p. 247.
- Kass LR. *Toward a more natural science*. New York, Free Press: 1985.
37. *Idem* cap. 12.
38. Gillet GR. *Learning to do no harm*. *Journal Philosophy Medicine* 1993; 18: 253-268.

---

## Material disponible en Biblioteca sobre ética.

---

Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics: the International Journal for Healthcare Ethics and Ethics Committees. New York NY. 1995, 4(1-3)-

El Correo de la Unesco 1994; 47(set). Número dedicado a bioética.

Cuadernos del Programa Regional de Bioética / OPS : OMS. 1995, n° 1.

Curso de ética en medicina: año 1992 / director Marcos Meeroff... et al. — Buenos Aires : Universidad Maimónides, 1994. (La biblioteca posee 3 ejemplares)

Decisiones de vida o muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica / introducciones y selección de artículos Florencia Luna, Arleen Salles. — Buenos Aires : Sudamericana, 1995.

Ética y sida / Sociedad de Ética en Medicina. — 2ª ed. — Buenos Aires : la Sociedad : Fundación Argentina de Diagnóstico Médico, 1994. (La biblioteca posee dos ejemplares).

(Trabajos premiados en las Jornadas de Ética Médica, sept. 1993)

Ferrater Mora, José ; Cohn Priscilla: Ética aplicada: del aborto a la violencia. — 2ª ed. -- Madrid : Alianza, 1988. — (Alianza Universidad; 300).

Gracia, Diego. Fundamentos de bioética. — Madrid : Eudema, 1989. — (Manuales)

Juan Pablo II, Papa. Evangelium vitae: carta encíclica del Sumo Pontífice Juan Pablo II: sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana. — Buenos Aires : San Pablo, 1995.

Lipovetsky, Gilles. El crepúsculo del deber: la ética indolora de los nuevos tiempos democráticos. — Barcelona : Anagrama, 1994. — (Argumentos; 148).

Macklin, Ruth. Dilemas: los problemas éticos y morales que médicos, pacientes y familiares enfrentan hoy. — Buenos Aires : Atlántida, 1992.

Mainetti, José A. Bioética sistemática. — La Plata : Quirón, 1991. — (Series del Instituto de Humanidades Médicas y Centro de Bioética).

Mainetti, José A. Ética médica: introducción histórica / Tealdi, Juan Carlos. Documentos de deontología médica. La Plata : Quirón, 1989. — (Series del Instituto de Humanidades Médicas y Centro de Bioética).

Maliandi, Ricardo. Ética: conceptos y problemas. — Buenos Aires : Biblos, 1991. — (Filosofía; 16). (La biblioteca posee dos ejemplares)

Satué, Manuel ; Bria, LLàtzer. ¿Qué sabes de ética?. — Madrid : Alhambra, 1987. — (Biblioteca de recursos didácticos Alhambra).

Proceedings of the Round Table Conference (14th : 1980 dec. 1-3: Mexico). Medical ethics and medical education / edited by Z. Bankowski and J. Corvera Bernardelli. — Geneva : Council for International Organizations of Medical Sciences, 1981.



---

El Departamento de Docencia e Investigación Informa  
**CURSOS DESDE AGOSTO 1995**

---

**Superior de Auditoría Médica**

Servicio: Feias  
Desde: 02-08-95 hasta: 25-10-95  
Profesional a cargo: Dr. Cordo

**Auditoría Médica**

Servicio: Feias  
Desde: 01-08-95 hasta: 24-10-95  
Profesional a cargo: Dr. Cordo

**XVII Curso Intensivo de Ginecología**

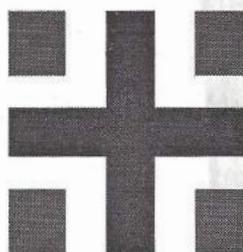
Servicio: Tocoginecología  
Desde: 22-08-95 hasta: 25-08-95  
Profesionales a cargo: Dres.: Lamattina y Testa

**Epilepsia**

Servicio: Neurología Pediátrica  
Desde: 04-08-95 hasta: 25-08-95  
Profesional a cargo: Dra.: Ferro

**Básico de Arancelamiento y Facturación**

Servicio: Feias  
Desde: 07-08-95 hasta: 12-08-95  
Profesional a cargo: Lic. Dominguez



**Radiología Intervencionista en Gastroenterología**

Servicio: Diagnóstico por Imágenes  
Desde: 28-08-95 hasta: 31-08-95  
Profesionales a cargo: Prof. Dr.: Velan y Dr.: García Mónaco

**Primer Curso de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática**

Servicio: Cirugía  
Desde: 07-08-95 hasta: 09-08-95  
Profesionales a cargo: Dres: De Santibañez y Pekolj

**Traumatismo del Raquis**

Servicio: Diagnóstico por Imágenes  
Desde 02-08-95 hasta 04-08-95  
Profesionales a cargo: Prof. Dr.: Velan y Dr.:  
Ortolan

**Taller de Climaterio**

Servicio: Tocoginecología  
Desde: 11-08-95 hasta: 11-08-95  
Profesional a cargo: Dra.: Lugones

**Bioética**

Departamento de Docencia e Investigación  
Desde 18-08-95 hasta: 28-09-95  
Profesional a cargo: Dr.: Cragno

**I Curso Intensivo de Reumatología**

Servicio: Reumatología  
Desde: 18-08-95 hasta: 18-08-95  
Profesional a cargo: Dr. Catoggio



---

# INSTRUCCIONES PARA AUTORES

---

Nexo Revista del HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires, publica trabajos relevantes a la medicina y áreas estrechamente relacionadas. Los artículos de investigación clínica, revisiones y actualizaciones podrán ser de autores pertenecientes y no pertenecientes al Hospital Italiano de Bs. As.

Estas indicaciones concuerdan con el: "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (El documento completo fue publicado en N Engl J Med 1991; 324: 424-28).

Todos los trabajos se presentarán mecanografiados, en hojas de tamaño carta y en un diskette con el texto del trabajo generado por un procesador de textos. Los mismos deberán ser enviados con una carta de presentación adjunta dirigida a: Editor Director Dr.: Carlos Fustiñana, Biblioteca Central, Gascón 450 (1181) Cap. Fed.. Esta deberá indicar en qué sección de la revista desean que sea publicado el artículo, el nombre, la dirección postal, número de teléfono y fax del autor responsable. Dicha carta deberá estar firmada por todos los autores.

Los trabajos serán sometidos, antes de su publicación, a revisión editorial y/o revisión por pares (peer review). Se considerarán para su publicación las siguientes categorías:

**A) TRABAJOS ORIGINALES:** Son comunicaciones de trabajos originales. Estos, en principio, no deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congreso) ni estar considerados para publicación en otra revista. En caso de que parte o todo el trabajo haya sido previamente publicado, junto con la copia presentada, deberá enviarse una copia de la publicación.

Los trabajos originales deberán mantener el siguiente ordenamiento:

**1. Página Inicial:** incluirá el título del trabajo; y en caso de que el título posea más de cuatro (4) palabras un título abreviado de no más de cuatro (4) palabras para las cabeceras de las páginas; apellido e iniciales del autor (es), cargo académico, servicio e institución a la que pertenecen, institución en la que se realizó el trabajo; nombre y dirección del autor a quien se debe enviar la correspondencia y solicitud de separatas.

**2. Resúmenes:** en español e inglés. Acompañarán al trabajo por separado y no deberán exceder las 250 palabras. Deberán mantener el siguiente ordenamiento: Introducción/Objetivo, Material y Métodos, Resultados, Conclusiones. Al pie de cada resumen deberán figurar 3 a 10 palabras claves que son términos esenciales dentro del artículo que se destinan a emplearse como coordenadas de búsqueda bibliográfica y para la elaboración de los índices de las propias revistas.

**3. Texto:** será redactado de acuerdo con la siguiente secuencia: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Se deberán utilizar las unidades de medidas convencionales. Para las drogas se deberán utilizar los nombres genéricos. Las abreviaturas deben definirse la primera vez que se mencionan.

**4. Agradecimientos:** cuando se lo considere necesario y en

relación a personas y/o instituciones

**5. Referencias:** deberá contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con su orden de aparición en aquél. Las referencias a comunicaciones personales y otros datos no publicados deben colocarse entre paréntesis ( ) en el texto (no en las referencias). Figurarán los apellidos y las iniciales de todos los autores (si son hasta seis), sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de seis indicar los tres primeros y agregar "et al."; la lista de autores finalizará con punto (.). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado según el Index Medicus de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo y año de aparición en aquella, seguido por punto y coma (;). Volumen en números arábigos seguido por dos puntos (:) y números de la página inicial y final, separados por un guión (-). Tratándose de libros la secuencia será: Apellido e inicial(es) de los nombres de los autores (no utilizar puntos en las abreviaturas y separar uno del otro por coma), punto (.). Título del libro, punto (.). Número de la edición si no es la primera y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una colocar la primera) dos puntos (:). Nombre de la editorial, coma (,). Año de la publicación, dos puntos (:). Número del Volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura "vol.", punto y coma (;); Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro.

**6. Material Gráfico:** los gráficos, tablas, fotos y figuras irán numerados correlativamente por orden de aparición en el texto y se realizarán en hojas por separado de tamaño carta e impresión de calidad láser o similar. Estos deberán llevar un título y leyenda; (las abreviaturas utilizadas deberán aclararse en la leyenda) en hoja separada. Las fotos de observaciones microscópicas llevarán el número de ampliación efectuada y una flecha que indique la orientación (ej.: arriba); para aquellas fotos que hayan sido modificadas de alguna manera con respecto a el original deberá incluirse la foto original y una breve explicación de la modificación realizada.

**7. Tablas:** las tablas deberán estar numeradas según el orden en que son citadas en el texto. Cada tabla deberá presentarse en una hoja separada, constará de un título y si se utilizan abreviaturas deberán definirse en una nota al pie de la tabla.

**B) TRABAJOS DE ACTUALIZACION Y REVISION:** son revisiones detalladas y críticas de temas relevantes.

**C) CARTAS A EL EDITOR:** estarán referidas a los artículos publicados, comunicaciones breves de casos clínicos o cualquier otro tópico de interés general médico, incluyendo sugerencias y críticas.

Deben prepararse de la misma forma que los trabajos, procurando que la extensión no exceda las 500 palabras, podrán adjuntarse una tabla y una figura. Deberán incluirse las referencias que no excederán de diez.

**D) EDITORIALES:** aunque generalmente serán solicitadas, se invita a los autores a discutir posibles tópicos con el editor

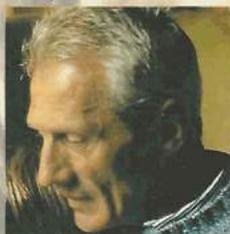
La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. No se devuelven los originales una vez publicados.

1 vez al día... Actúa las 24 horas del día

# NOVACEF®

Cefixima

EN



BRONQUITIS

OTITIS MEDIA

AMIGDALITIS

FARINGITIS

CISTITIS

**24 HORAS  
DE POTENCIA**



PRESENTACION: NOVACEF comprimidos recubiertos:  
Envases con 4 y 8 comprimidos ranurados conteniendo 400 mg.  
NOVACEF polvo para preparar suspensión oral:  
Envase conteniendo polvo para reconstituir 30 ml y dosificador.  
Envase conteniendo polvo para reconstituir 60 ml y dosificador.

 **Fujisawa**

Elaborado bajo licencia de  
Fujisawa Pharmaceutical Co. Ltd., Osaka, Japón

Gador 

Al Cuidado de la Vida