

Anotaciones críticas sobre algunos sofismas en medicina materno-fetal*

Carlos Alberto Gómez Fajardo**

“Elogio, pues, la teoría, caso de que tenga su punto de partida en lo que acontece y elabore sus deducciones de acuerdo con los datos de la realidad. Porque si el razonamiento parte de los hechos claramente manifiestos, se encuentra habitando en el terreno de la inteligencia” (Tratados hipocráticos: Preceptos).

“Cuanto mayor el conocimiento y la pericia científicos, cuanto más eficiente la aparatología para el diagnóstico y la terapia, más difícil resulta encontrar un buen médico” (Karl Jaspers).

Resumen

Existen influyentes corrientes del pensamiento bioético contemporáneo que pretenden justificar por diversos motivos la práctica de feticidios, abortos selectivos, “reducciones fetales”, y “terminaciones del embarazo”. Generalmente acuden a razonamientos relacionados con la “autonomía de la madre” y a la supuestamente tardía adquisición del carácter de “paciente” del feto, basados en que de la voluntad materna depende asignar o suprimir tal estatuto a su hijo. Para la crítica a esta tendencia se toma como ejemplo un artículo que resume ideas de gran influencia en la práctica clínica obstétrica contemporánea, y se señalan algunos de los sofismas en que sus autores incurren, generando raciocinios y conclusiones erradas, las cuales finalmente niegan y contradicen el *ethos* hipocrático del respeto a la vida de todo ser humano. En este escrito se pretende proporcionar de modo no exhaustivo elementos de reflexión y crítica ante tales posturas y equívocos, llamando la atención sobre la importancia del sentido genuinamente médico e hipocrático en las actitudes y aptitudes del clínico, cuyo compromiso natural se orienta, en la medida de sus capacidades y reconociendo sus naturales limitaciones, hacia la protección de la vida del paciente feto, ser humano desde su inicio ontológico, merecedor de respeto y de protección.

Palabras clave: medicina prenatal, ética, bioética, respeto, sofismas.

Critical notes about some sophistries in maternal-fetal medicine

Abstract

There are currents that influence the contemporary bioethical thinking and try to justify the practice of feticide, selective abortions “fetal reductions” and “pregnancy terminations” due to several reasons. They, usually, use arguments related to the “mother’s autonomy” and to the, supposedly, late acquisition of the character of “patient” the fetus achieves. To criticize this tendency an article that summarizes influential ideas on the contemporary obstetric practices is taken as an example, and some of the sophistries argued by their authors, generating wrong reasoning and conclusions, are remarked. They finally deny those sophistries and contradict the Hippocratic ethos of respect for the lives of all human beings. This article aims to provide, in a non-extensive way, elements for the reflection and the critic against those positions and mistakes, remarking the importance of a real and Hippocratic sense in the attitudes and the skills of doctors, whose natural commitment is oriented, as much as possible and recognizing their natural limitations, towards the protection of the fetal patient’s life, a human being since his/her ontological beginning and, therefore, a deserver of respect and protection.

Key words: prenatal medicine, ethics, bioethics, respect, sophistries.

* El presente artículo hace parte del trabajo de investigación titulado “Tecnologías de reproducción asistida: aproximación bioética crítica” radicado ante el CIDI de la Universidad Pontificia Bolivariana, radicado 063-B-02/13-67

** MD Ginecólogo-Obstetra, Especialista en Bioética de la Universidad Pontificia Bolivariana sede Medellín. Profesor Honorario, Universidad de la Sabana, Chía. Docente Instituto de Humanismo Cristiano de la Universidad Pontificia Bolivariana sede Medellín

Correspondencia: Carlos Alberto Gómez Fajardo, email: cgomezfaj@gmail.com

Artículo recibido: 10/03/2014; Artículo aprobado: 03/06/2014

Anotações críticas sobre alguns sofismas em medicina materno-fetal

Resumo

Existem influentes correntes do pensamento bioético contemporâneo que pretendem justificar por diversos motivos a prática de feticídios, abortos seletivos, “reduções fetais”, e “terminações da gravidez”. Geralmente vão a raciocínios relacionados com a “autonomia da mãe” e à pretensamente tardia aquisição do caráter de “paciente” do feto, baseados em que da vontade materna depende atribuir ou suprimir tal estatuto a seu filho. Para a crítica a esta tendência se toma como exemplo um artigo que resume ideias de grande influência na prática clínica obstétrica contemporânea, e se assinalam

alguns dos sofismas em que seus autores incorrem, gerando raciocínios e conclusões erradas, as quais finalmente negam e contradizem o ethos hipocrático do respeito à vida de todo ser humano. Neste escrito se pretende proporcionar de modo não exaustivo elementos de reflexão e crítica ante tais posturas e equívocos, chamando o atendimento sobre a importância do sentido genuinamente médico e hipocrático nas atitudes e aptidões do clínico, cujo compromisso natural se orienta, na medida de suas capacidades e reconhecendo suas naturais limitações, para a proteção da vida do paciente feto, ser humano desde seu início ontológico, merecedor de respeito e de proteção.

Palavras importantes: medicina pré-natal, ética, bioética, respeito, sofismas.

Introducción

El sofisma se ha definido como una “razón o argumento aparente con que se quiere persuadir lo que es falso”. Es un razonamiento defectuoso, un habilidoso método de persuasión que conduce a conclusiones equivocadas.

En la literatura obstétrica contemporánea de origen anglosajón, y muy especialmente en lo que atañe a cuestiones bioéticas del inicio de la vida humana, hay extensa producción académica de diversos autores que promueven y justifican por medio del uso del sofisma la ejecución del aborto, eugenésico o no, como si ello fuese parte natural y necesaria de la práctica clínica obstétrica. Se ofrecen desde aquella óptica diversas argumentaciones que explicarían racionalmente las prácticas de feticídios selectivos, basadas en consideraciones equívocas sobre la “autonomía” materna. Se atropella al “*primum non nocere*” al mismo tiempo que se pretende reafirmarlo como principio. Simultáneamente se acude a la exigencia de que “los conceptos deben ser claros, bien argumentados, aplicables clínicamente al manejo de problemas concretos”.

Las tesis centrales que promueven la licitud de la “terminación del embarazo” incluyen “terminaciones selectivas” en diversas circunstancias clínicas (maternas y fetales), feticídios ante condiciones fetales como trisomías, age-

nesia renal, displasia tanatofórica, anencefalia –incluso en casos del tercer trimestre–, y embarazos múltiples.

Se suele aducir motivos de “diversidad cultural” materna, “obligaciones de respeto y beneficencia, del médico hacia la paciente”, y “obligaciones de respeto por la autonomía de la mujer embarazada”, entre otros.

Debilidad en los argumentos

Con las presentes reflexiones se propone llamar la atención del lector sobre algunos puntos débiles de aquellas argumentaciones abortistas y eugenésicas. En este escrito se reafirma y se defiende la convicción inequívoca de que el médico no debe dar voluntariamente muerte al feto en ninguna circunstancia, y que aquel acto no constituye propiamente un acto terapéutico ni médico. La dignidad intrínseca de todo ser humano es un dato de la realidad, algo que no depende de la opinión ni de la sentencia de autoridades judiciales que en un momento dado se atribuyan tal potestad. Es un hecho que hace parte de la realidad verificable por medio del uso de la razón ordinaria y de los avances tecnológicos hoy disponibles. Con la concepción se ha iniciado la existencia ontológica, cierta, de un nuevo ser humano, miembro de la especie *homo sapiens*. El embrión o feto humano, sano o enfermo, es un miembro más

de la familia humana, una realidad biológica y personal innegable, un “alguien” que atraviesa momentos de gran fragilidad existencial. Paradójicamente, a mayor disponibilidad de tecnología diagnóstica, es mayor la probabilidad de que termine siendo suprimido como consecuencia de un violento accionar diagnóstico e intervencionista orientado a la eliminación selectiva de algunos. De modo lamentable, esta realidad de la eugenesia y de la desvalorización de la vida humana naciente ha hecho que se cumpla la preocupación expresada por Karl Jaspers en los años 50 del pasado siglo en las palabras consignadas en el epígrafe. El sujeto de la tecnología se ha convertido en su víctima. Y los victimarios son algunos profesionales de la medicina que manifiestan creer que están cumpliendo con su misión.

Los razonamientos erróneos suelen adicionalmente considerar superado el “ethos” hipocrático de la profesión médica. Esta sustitución ideológica por “nuevos paradigmas” lleva a un extremo de práctica médica deshumanizada, contraria a la razón y contraria también al imperativo racional del *primum non nocere*.

Con este trabajo se trata de hacer notar al lector cómo algunos autores llegan a falsear su propia premisa de la claridad. No existe en efecto claridad ni buena argumentación en sus hipótesis. Sí existen, en cambio, razonamientos defectuosos en los que se manifiestan arbitrariedades, afirmaciones no sustentadas, sometimiento a preceptos ideológicos de carácter utilitario, y diversas confusiones en las premisas usadas y en los modos de razonar y argumentar.

El caso de Chervenak y McCullough

De entre la extensa bibliografía disponible se ha seleccionado un artículo especialmente importante, pues en este se sintetizan algunas de las grandes incoherencias que se irán señalando. Se trata de “*Ethical issues in the Management of the pregnancy complicated by fetal anomalies*” de los autores F. Chervenak;

L. McCullough; D. Skupski; S. Chasen, publicado en el 2003 en la revista “*Obstetrical and Gynecological Survey*” 58(7), pp. 473-483. Las conclusiones allí expresadas coinciden con las de documentos de gran alcance y difusión en la práctica clínica de la obstetricia contemporánea, en el sentido de imponer recomendaciones y prácticas clínicas favorables a la eugenesia y a la eliminación de fetos: algunos de estos son los documentos de “*Committee Opinion*” de la ACOG, la organización de mayor peso en la práctica de esta especialidad en los Estados Unidos (Chervenak, McCullough, Skupski, & Chasen, 2003; American Congress of Obstetricians and Gynecologists – ACOG, 2013).

Se hará énfasis en una crítica racional a las falacias allí presentes, manteniendo un énfasis metodológico en el respeto al hecho de la condición personal de todo ser humano, desde su inicio como realidad biológica, en concordancia y fidelidad al ethos hipocrático del respeto y a la tradición de los conocimientos interdisciplinarios que sustentan las consecuencias clínicas prácticas del reconocimiento de la validez racional del concepto de la “autonomía teleológica-estatuto antropológico del embrión humano” (Leuthner, 2004).

Las presentes reflexiones no tienen carácter ni intención exhaustiva; solo tratan de llamar la atención sobre algunos puntos que posiblemente requerirán posteriores aclaraciones e ideas complementarias en el marco de una actividad bioética de reflexión y de diálogo constructivo. Por ello también pretenden ser notas que inviten a la participación de carácter multidisciplinario (médico, obstétrico, neonatal, jurídico, filosófico, bioético) que aporte más claridad sobre este tema, crucial por sus consecuencias clínicas prácticas, más ahora cuando existe una asombrosa universalización de la lamentable opinión y práctica en contra del respeto del paciente en su fase embrionaria o fetal de la existencia, y también, cuando de los protagonistas —obstetras en ejercicio— existe una notable escasez en la voluntad de aportar ideas sobre un tema de tan evidente interés práctico y clínico.

En la tabla 1 se enumeran cinco sofismas frecuentes.

Tabla 1. Cinco sofismas frecuentes en medicina materno fetal

1.	<i>Confundir compromiso de beneficencia hipocrática con "promover los intereses del paciente"</i>
2.	<i>Afirmar que en el Sistema Nervioso Central del feto radica la "perspectiva de interés" del mismo</i>
3.	<i>Afirmar que los derechos y la condición personal del feto son "discursos políticos populares"</i>
4.	<i>Imponer el dogma de que "el feto se presenta ante el médico como una función de la autonomía de la mujer"</i>
5.	<i>Considerar que la práctica comúnmente establecida es ética por ser común</i>

Sofisma 1. Confundir compromiso de beneficencia hipocrática con "promover los intereses del paciente"

En la referencia señalada se expresa: "en la historia de la ética médica y la práctica clínica está la obligación del médico de promover los intereses del paciente en lo que toca a su salud". Esta generalización induce a una confusión sobre la misión de la medicina: la prevalencia de la subjetividad y de la satisfacción del deseo contra la objetividad y la real necesidad relacionada con la salud. Para tal equívoco concepto, el "ethos" hipocrático estaría al servicio de los deseos e intereses del paciente. Este podría entonces equivaler a consumidor, usuario o cliente. Por supuesto, no es tal el caso del llamado "paternalismo débil" hipocrático que promueve el compromiso de la beneficencia como principio. Es la preocupación y ocupación por el bien total del paciente lo que mueve el accionar del médico; es la necesidad, no el deseo. Introducir el concepto "interés" del paciente, poniéndolo por encima de su búsqueda de la salud, es una afirmación que carece de fundamento, lo mismo que la generalización de que a ello obedece la obligación del médico a lo largo de la historia. Se pone en evidencia aquí una alteración de la comprensión de los fines de la medicina desde la perspectiva hipocrática, sustituyéndolos por una docilidad y sumisión del terapeuta ante las voluntades de terceras personas.

El compromiso de la beneficencia –actuar en la búsqueda y en la promoción del bien– es algo diferente a la satisfacción de las exigencias de quien solicita algo con el fin de dar cumplimiento a una particular voluntad. La expresión "*primum non nocere*" como aproximación al "ethos" hipocrático de la beneficencia tiene el carácter de principio racional intemporal e irrenunciable, de algo propio y esencial para la praxis médica.

Es pertinente entender el compromiso de beneficencia como un deliberado hacer el bien y evitar el mal, con el cabal "*tekhne iatrike*", saber hacer y saber por qué se hace lo que se hace, de acuerdo con la visión científica clásica griega resumida por el humanista Pedro Laín Entralgo. Proceder a hacer el bien y evitar el mal es cosa diferente a asimilar el acto médico a la satisfacción de los intereses o deseos de otros. Tal es, en una dinámica de hipertrofia de la autonomía individual, lo que se ha denominado "la medicina de los deseos", en la cual subyace una hipertrofia del yo, el entendimiento del paciente como un "usuario-cliente" y el médico como un dispensador de deseos, un operario acrítico o amoral incapaz o carente del interés de formar su propio criterio ético y cerrado a la posibilidad del discernimiento ético-racional sobre la moralidad-eticidad de sus propias actuaciones, sean estas concordantes o no con los intereses y voluntades expresadas por otras personas. Se trata en fin, de la imposición de un grave atentado contra la autonomía personal del propio médico que intenta ser fiel a su misión inmemorial de cuidar y no matar.

Para los citados autores "el médico carece de autoridad para valorar los intereses de la paciente en lo que atañe a su salud". Esta pobre y asimétrica consideración a la autonomía del médico impone como un dato cierto que su misión se limitaría a la de ser un servidor acrítico, ejecutor de sentencias y deseos, o bien, vendedor y expendedor de tecnologías que se convierten en armas letales para algunos. No es razonable confundir la beneficencia que promueve el *bien* del paciente con alguna particular voluntad que impone una concepción subjetiva determinada sobre lo que se calificaría como *bienestar*. No todo lo que se desea o se pueda hacer se debe, en efecto, hacer. El

discernimiento ético racional permite a quien actúa optar por el bien.

Existe una realidad siempre actual: la limitación de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas. La *ananké physei* de los clásicos griegos se refiere a la aceptación y reconocimiento, por parte del terapeuta, de sus lógicas limitaciones, la condición limitante, de “forzosidad” de la propia naturaleza. Pese a los asombrosos avances en las diversas técnicas médicas disponibles en el siglo XXI de modo rutinario, aún estamos enfrentando, desde el punto de vista prenatal, aquellas situaciones de diagnóstico y confirmación de condiciones fetales graves y muy complejas, en las cuales es razonable esperar un pronóstico pronto de muerte perinatal. No signifique esto que se trate de casos “sin esperanza” sino, más bien, en una clave positiva, de una oportunidad más de ejercer adecuadamente los procesos de acompañamiento, seguimiento y apoyo multidisciplinario que son propios de la naturaleza humanística de la medicina. A este respecto vale la pena destacar el interesante artículo del neonatólogo Leuthner (2004) quien ha sabido concebir y describir con gran coherencia el proceso de acompañamiento humano médico en estos difíciles momentos. Esto incluye una delicada actitud personal y profesional para un eficaz apoyo al paciente, al feto o neonato gravemente enfermo, a la madre y su entorno familiar. Se incluye aquí la necesidad de un énfasis formativo y educativo al propio equipo de los profesionales de la salud, quienes requieren de una dinámica genuina de apoyo ante lo inevitable. La profesionalidad exige alta idoneidad y preparación para ello. Con un equilibrado concepto de la aplicación de cuidados paliativos en el entorno perinatal se podría superar la dolorosa realidad actual, en la que en un alto porcentaje de casos el diagnóstico obstétrico ecográfico de enfermedad o malformación fetal grave se ha convertido en un fatal y absurdo equivalente de sentencia de muerte prematura, con la correspondiente negación del sentido terapéutico del acto médico, como puede comprobarse, verbigracia, con lo que sucede con el diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas o de defectos del tubo neural en los países de la Comunidad Europea: en altos porcentajes el diagnóstico en estos casos se ha convertido en acción de identificación para eliminar selectivamente a unos fetos a quienes por el pre-

coz diagnóstico de su condición clínica se les ha llevado a convertirse en “indeseables” que deben ser eliminados (Boyd, Devigan, Khoshnood, Loane, Garne, Dolk & EUROCAT Working Group, 2008).

Sofisma 2. Asumir que en el sistema nervioso central radica la “perspectiva de interés del feto”

Este sofisma se relaciona con la equívoca concepción antropológica del reduccionismo materialista en cuanto a la hipotética ubicación neuronal de un “yo” que sería el centro de la autonomía humana. La falacia materialista se basaría en el hecho –no demostrado– de que la personabilidad se ubica en el sistema nervioso central. El hecho, sí al alcance del conocimiento de la embriología contemporánea, es el de la documentada realidad morfológica de un proceso continuo de diferenciación, crecimiento y complejidad, no solo de las estructuras ectodérmicas neuronales, sino de la totalidad del organismo del nuevo individuo en formación. A ello hace referencia el ampliamente estudiado concepto de la “autonomía teleológica” o estatuto antropológico del embrión humano. Muchos autores han cuestionado con solidez la arbitraria equivocación de la comisión Warnock de la Gran Bretaña, en 1984, la cual, al introducir habilidosamente en el ámbito de la discusión académica el concepto de “pre-embrión”, impuso el uso de algo que no existe pero que fue acogido por la HFEA, Human Fertility and Embriology Authority, del Reino Unido (Herranz, 2009).

El feto, por razones obvias de inmadurez anatómica y funcional, no deja de ser humano. La “personabilidad”, realidad de carácter metafísico, no radica en un órgano concreto. Es carácter estructural de aquel nuevo “quién”, el nuevo “alguien” que ha iniciado una trayectoria biográfica desde su proceso de formación corpórea original como cigoto.

Como se constata desde el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU de 1948, existe un reconocimiento universal de la Dignidad. Se trata de un valor intrínseco propio de todos los miembros de nuestra especie, sin discriminación de alguna clase; no es algo “otorgado” por terceras

personas. Está en conexión con el dato aportado por la reflexión filosófica de que cada quien es, en sí mismo, un fin, y no solo un medio. El carácter humano, la condición personal de cada uno, no se puede deducir de la integridad y madurez de su sistema nervioso; aún el paciente con severo compromiso neurológico por trauma o enfermedad es persona, sujeto digno del reconocimiento. El concepto de la proporcionalidad de las terapias subyace a una aproximación respetuosa hacia la persona y ello no puede depender de la integridad funcional de una estructura, a menos que se intente imponer una visión científica que niegue la trascendencia y la realidad intrínseca de la dignidad. Si esto se hiciera se incurriría en el grave problema de la deshumanización. Es pertinente recordar el aporte del destacado bioeticista León Kass (2008) en sus críticas al deficitario reduccionismo en que cae el cientificismo sin alma.

Sofisma 3. Afirmar que derecho a la vida, los derechos del feto y la “personhood” son “discursos políticos populares”

Esta es una paradoja máxima, considerando que uno de los autores citados es a la vez miembro destacado de una entidad que se presenta como “Sociedad de feto como paciente”.

A pesar de que la autora Ruth Macklin (2003) afirma que en su concepto la “dignidad es un concepto inútil”, aún no se ha presentado la evidencia racional de que ello sea cierto. Se trata, en cambio, de la negación de la metafísica y de la imposición de criterios de orden utilitario para la evaluación del valor de la vida de determinados seres humanos. El anterior sí es, por otra parte, un “eslogan” de carácter ideológico, compatible con visiones presentadas por autores que se ubican en los bordes del ambientalismo o del activismo político materialista cuya influencia permea determinados sectores de la opinión académica. Ejemplos al respecto, adicionales a la citada Macklin, podrían ser los conocidos Peter Singer y Richard Dworkin. Cabe mencionar que sí son populares y extendidas las opiniones de estos autores, con gran aceptación popular y mediática. A ello pueden sumarse apreciaciones funcionalistas de crite-

rios “extrínsecistas” de humanidad, como las expuestas por Engelhardt y Fletcher, para quienes los criterios de humanidad serían asignados de acuerdo con la madurez e integridad funcional del sistema nervioso central o la capacidad de autoconocimiento y de relación con los demás. Es conocido que con la arbitraria asignación de estos “criterios de humanidad” ocurre un retroceso a las erróneas visiones de utilidad y poder con que se evaluó a determinados seres humanos considerados como “sub-personas” o seres de segunda categoría en los regímenes de los totalitarismos de los años 30 del siglo pasado.

Sofisma 4. Imponer el dogma de que el feto se presenta ante el médico como una “función de la autonomía de la mujer”

“La madre, en ejercicio de su autonomía, confiere el estatuto moral al feto según sus propios valores y creencias”. Esta es, en resumen, una de las premisas que son forma de expresión de arbitrariedad que ampliamente rebasa el campo de la disciplina de la obstetricia y se convierte en otro “eslogan” de una determinada corriente de ideología. Con ella se observa cómo desde la “ideología de género” se introducen en la práctica clínica máximas de claro tenor de activismo político supuestamente progresista en un entorno borrosamente teñido de “saber científico”: “La mujer gestante es libre para suprimir, conferir, o una vez otorgado, retirar, el estatuto de ser paciente a su feto pre-viable, de acuerdo con sus propios valores y creencias”. Se añade allí la cuestión de la “diversidad cultural”. Se argumenta que en ocasiones los regímenes y tratamientos que protejan al feto, violan la autonomía de la mujer embarazada y que el feto pre-viable es paciente solo si se presenta como función de la autonomía materna. Sería el feto paciente en dos circunstancias: 1. Cuando la madre lo presenta como tal ante el médico, y 2. Cuando hay intervención médica (diagnóstica o terapéutica). Habría, de acuerdo con los citados autores Chervenak y McCullough, situaciones en las que se daría la paradoja, verbigracia, embarazo gemelar con uno de los fetos afectado de enfermedad y el otro sano, en que uno de ellos sería paciente

y el otro no, justificándose el feticidio selectivo del enfermo como una acción de carácter “terapéutico”, coherente con la voluntad e intereses de la madre.

Cabe destacar este contrasentido adicional: no se puede confundir “valores y creencias” con intereses, deseos, o simplemente, con arbitrariedad y voluntad de poder. Al afirmar que el feto se presenta al médico solo como una “función de la autonomía de la mujer” se niega la realidad –evidente por todos los medios tecnológicos actuales– de la existencia, de la realidad ontológica y humana de aquel ser al que tenemos acceso por los medios clásicos del examen físico prenatal y al cual podemos escuchar, registrar, fotografiar, y grabar por diversos medios tecnológicos. Negar su condición personal y humana sería de nuevo incurrir en la falacia de los años treinta del siglo XX con la cual se sostuvo que hay seres humanos que no son personas, o que su carácter de seres dignos depende de la atribución extrínseca de tal condición por parte de terceros.

En tan absurda situación a la mujer gestante aplicaría la obligación de la beneficencia, al feto, solo en aquellas ocasiones establecidas de acuerdo con la postura antes enunciada. Se da vía libre, con esta supuesta lógica a las MFPR (reducciones fetales selectivas en embarazos múltiples), TOPFA (terminación del embarazo por anomalía fetal), y todo tipo de feticidios y abortos selectivos.

No puede ser reducida la autonomía a la mera expresión de un solipsismo materno: una deformación del concepto ético de la autonomía equivaldría a una disociación de la vinculación que necesariamente debe existir entre el ejercicio de la libertad y la responsabilidad a ella vinculada. Una libertad desconectada de la responsabilidad daría lugar a aquella hipertrófica visión de la voluntad a que se reduce esta postura relativista y utilitaria no infrecuente en la literatura médica sajona contemporánea, que alcanza el extremo de la cuantificación del valor de la vida humana según criterios mensurables como en el caso de los QUALY.

Este sofisma tiene conexión con la conocida arbitrariedad de la histórica sentencia Roe contra Wade, “la mujer es dueña de su cuerpo”, de

la cual ya se conocen las intimidades de manipulación política y mediática que rodeó a las Cortes que conocieron el caso.

La “autonomía”, entendida como un poder omnímodo de decisión sobre otros, no es más que ejercicio de poder brutal, negación del sentido fundante de los valores de la democracia y la igualdad entre seres humanos. En este panorama se pone en evidencia uno de los más acuciantes hechos de la civilización tecnocéntrica y utilitarista contemporánea: se niega la condición humana de algunos para dar rienda suelta a la satisfacción de deseos e intereses de los más fuertes.

Por ello resultaría comprensible la paradoja antes enunciada: en un embarazo gemelar con uno de los fetos enfermo y el otro sano, entonces como el enfermo “no es paciente” se puede “reducir” –es decir, ejecutar un feticidio selectivo–, mientras que el sano sí lo es y hacia aquel sí operan simultáneamente obligaciones de beneficencia por parte del médico. Hay aquí la prueba de la opción deliberada de los autores por omitir la aproximación lógica al tema de la personidad; imponen en su análisis un “escotoma moral” y un defecto lógico que les oculta la realidad personal de uno de los fetos y les permite reconocer la del otro. Para Chervenak existen fetos que son pacientes y fetos que no lo son. Un palmario atropello al principio racional de la no contradicción, con lo que se reversa de nuevo a la práctica de una profesión médica cuyo poder actuar estaría al servicio de una ideología, la de las “vidas que no merecen ser vividas”, las “lebensunwertes leben” de Hoche y Rudin, una nueva forma de intolerancia dirigida al rechazo de quien es calificado como inoportuno o indeseado por diversos criterios.

Cabe aquí considerar que en el marco jurídico de Colombia planteamientos similares han derivado de la inicua sentencia C- 355-2006 de la Corte Constitucional, cuyas consecuencias clínicas han conducido a la creciente necesidad de una mayor reflexión en los campos de la práctica efectiva objeción de conciencia del clínico en el dramático ambiente de un sistema jurídico que va en contravía de la naturaleza de la profesión médica. Normas injustas pero jurídicamente establecidas no pueden modificar la realidad de la condición hipocrática esencial

(ethos) de la práctica médica respetuosa con el ser humano (Gómez, 2006).

Sofisma 5. Considerar que una práctica comúnmente establecida es ética por ser común

Otro de los cuestionamientos que puede plantearse de acuerdo con estos criterios de los autores en cuestión es el de la confusión entre lo ético y lo generalmente aceptado. Se sabe extensamente que existen diferencias entre el pensamiento y la práctica de determinadas mayorías y lo genuinamente correcto a la luz de la razón. La verdad en términos de la ética racional no necesariamente corresponde a lo que una mayoría determinada practique o establezca como pauta de conducta en función de su superioridad numérica. No es la verdad en la valoración moral de una acción lo que la mayoría resuelva sobre ella. No se puede reducir a cuestión de consensos o de mayorías democráticas lo que la inteligencia permite discernir como bueno o malo. Para subrayar las diferencias existentes entre lo impuesto por mayorías y lo éticamente lícito sirven de apoyo unos escolios del pensador colombiano Nicolás Gómez Dávila: “Porque las opiniones cambian, el relativista cree que cambian las verdades”; “El moderno cree vivir en un pluralismo de opiniones, cuando lo que hoy impera es una unanimidad asfixiante” y “El hombre se cree libre cuando nada con corrientes que lo arrastran” (Gómez, 1992). Si se aceptara como ética la acción que la sociedad en su conjunto numérico práctica, se haría una concesión irracional al “totalitarismo de las mayorías”, descendiendo a un sociologismo pragmático y colectivista. No porque existan atropellos contra el valor de la vida humana en sus inicios como práctica común se adquiere su carta de licitud. Es solo una razón más para cuestionarla y para llamar la atención sobre la gravedad de un ambiente de deshumanización y de reducción cosificante de algunos seres humanos, con un uso de los adelantos proporcionados por la tecno-ciencia que paradójicamente se convierten en instrumentos de aniquilación. No porque exista la injusticia entonces se tiene que perder la posibilidad racional de corregir el rumbo y afirmar

la necesidad de un proceso de reconocimiento eficaz de la importancia de la actitud real de respeto a la vida de los más frágiles. Dejar de hacerlo sería también caer en un pesimismo irrevocable y fatalista, en una falta de fe en la capacidad humana de la solidaridad efectiva y en un cínico y desesperante círculo vicioso de pérdida del horizonte de la humanización.

Cabe destacar que un emotivismo metodológico (basar las razones para la acción en los aspectos meramente sensibles de la potencialidad humana) es también una renuncia a la capacidad de razonar limpiamente. Gómez Dávila (1992) también ha señalado que “La tolerancia ilimitada no es más que una manera hipócrita de dimitir”.

Consideración final, el amor a la realidad

El amor por la realidad es una exigencia racional que hemos heredado de la medicina clásica hipocrática. Como se ha señalado en el epígrafe de estas reflexiones y en otros preceptos y fuentes hipocráticas, provenientes del siglo V a. C., el médico es fiel a la realidad. Conoce, por medio del logos, la posibilidad de enfrentar y comprender aspectos de la physis, la naturaleza. Ante la posible crítica de que la medicina hipocrática ha sido superada, puede contraponerse el hecho vigente de modo perenne de que la realidad exige una actitud fundamental, el respeto. El carácter antropológico de la trascendencia permanece en el sustrato filosófico de la práctica clínica. Nunca esta será solo un quehacer técnico. Será también escenario concreto del amor al ser humano (filantropía) del cual emana un correcto quehacer técnico, el dominio del arte y ciencia (philotekhnia) en que consiste el ser médico.

La realidad humana del feto es un dato concreto, pertenece al mundo de los hechos observables, no es una figura de opinión (*doxa*) sino un dato proporcionado por el conocimiento de los hechos (*episteme*). En la enseñanza hipocrática se reafirma: “Por tanto, hay que guiarse por completo de los hechos y atenerse a ellos sin reserva, si es que se quiere llegar a conseguir con facilidad y sin errores esa actitud a la que precisamente llamamos arte de curar”.

Tal actitud exige al menos la afirmación de un concepto prudencial sobre el feto, su afirmativa condición humana, la dignidad como un dato basado en su realidad personal, en su condición ontológica, en la personidad descrita por Zubiri, en su autonomía teleológica, en su carácter intrínseco de ser digno, cualidad propia de su condición biográfica y no atribuida de modo externo.

Refuerzan estas afirmaciones los colosales aportes de personalidades de peso clínico como Albert Liley (O'Connor, 2011) y Jérôme Lejeune (2014), en opinión del autor, verdaderos exponentes de una medicina fetal con enfoque hacia la comprensión de los fenómenos normales y patológicos. Liley, quien entendió y propuso mecanismos terapéuticos para la condición de la isoimmunización Rh y la anemia hemolítica fetal subsecuente, desarrolló la práctica terapéutica de la transfusión fetal intrauterina (1963), y Lejeune comprendió la causa genética del síndrome de Down, la trisomía del cromosoma 21 y otras enfermedades cromosómicas. La orientación de estos dos autores tuvo en común algo esencial y coherente con el ser de la profesión médica: compromiso por hacer algo benéfico por estos pacientes, no enfocar las posibilidades técnicas diagnósticas hacia la muerte prematura sino hacia la preservación de la vida en actitud genuina de respeto y de beneficencia –no maleficencia–.

Hoy existe la necesidad de manifestar voces de alerta. En la época de la “medicina basada en la evidencia” aparecen sutiles y erróneos razonamientos que hacen carrera y que pretenden ofrecer justificaciones lógicas ante acciones que contrarían la naturaleza del actuar médico. Son solo modos habilidosos de introducir confusión para pretender negar el *ethos* del respeto propio de la medicina.

En el genuino “*primum non nocere*” se afirma la existencia del otro. No se conjetura ni se opina sobre ello, simplemente se reconoce la realidad personal de “quien” se presenta ante el médico como un dato objetivo existente y reconocible, pero un dato con un atributo de un significado inabarcable: un ser personal. “*Donde hay amor al hombre hay amor al arte*”.

Referencias bibliográficas

- Chervenak, F.; McCullough, L.; Skupski, D. & Chasen S. (2003). Ethical Issues in the management of the pregnancy complicated by fetal anomalies. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 58(7), pp.473-483
- American Congress of Obstetricians and Gynecologists – ACOG. Committee Opinion. (2013). *Recomendaciones Guías Prácticas (44 Defectos del Tubo Neural; 56 Embarazo múltiple; 77 Tamizaje de Anomalías Fetales; 424 Entrenamiento en Aborto)*. Recuperado de www.acog.org/
- Córdoba, R. (2001). La autonomía teleológica y el estatuto antropológico del embrión humano. *Medicina y Ética*, 4, pp. 425-436
- Leuthner, S. (2004). Palliative care of the infant with lethal anomalies *Pediatric Clinics of North America*, 51, 747-759.
- Boyd, P.; Devigan, C.; Khoshnood, B.; Loane, M.; Garne, E.; Dolk H. & EUROCAT Working Group. (2008). Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosome anomalies, and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down's syndrome. *BJOG*, 115(6), 689-696 doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01700
- Herranz, G. (2009). La biología de la bioética: usos y abusos de los datos científicos. *VI curso de actualización Instituto Superior de Ciencias Religiosas – Ciencias para el Mundo Contemporáneo*. 28 de agosto 2009- Universidad de Navarra.
- Kass, L. (2008). Los desafíos del científicismo sin alma (Las preguntas que la ciencia no puede responder). Recuperado de [Aceprensa http://www.aceprensa.com/articulos/los-desafios-del-cientificismo-sin-alma/](http://www.aceprensa.com/articulos/los-desafios-del-cientificismo-sin-alma/).
- Macklin, R. (2003). Dignity is a useless concept. *BMJ*, 327, 1419-1420, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/>
- Gómez, C. (2006). Anotaciones sobre unas ideas de la Corte Constitucional. *IATREIA*, 12(2), pp. 155-163
- Gómez, N. (1992). *Sucesivos escolios a un texto implícito*. N° 60. Bogotá, Colombia: Instituto Caro y Cuervo. Serie “La granada entreabierta”.
- O'Connor, K. (2011). *Albert William Liley (1929-1983)*. Embryo Project Encyclopedia.
- Jérôme Lejeune Foundation. (2014). Web site. Recuperado de www.fondationlejeune.org