

# La urgencia como criterio en bioética

Fernando Fabó, L.C.



## Introducción

En la reflexión bioética existen dos grandes problemas: el primero es la antropología de base (¿quién es el hombre?) y el segundo es el de la fundación de la ética (¿qué es el bien y qué tenemos que hacer?). Son aspectos de la realidad relacionados entre sí y tienen que ver con lo que llamamos el punto de partida de la reflexión bioética.

El desafío no es para nada fácil. Se trata nada menos que de responder a la gran cuestión: ¿el valor moral y la misma vida tienen un valor intrínseco o dependen de su conformidad con una norma extrínseca, es decir, de algo que está fuera de la persona? ¿Existe algo absoluto que pueda fundar y normar el obrar, dar peso y sentido a la vida de cada hombre y mujer?

La singularidad de la persona, única e irrepetible y la sustancial igualdad en dignidad y nobleza de cada ser humano, su valor absoluto, es una verdad – no lo olvidemos si queremos hacer justicia a la historia – traída, afirmada y difundida por el cristianismo. Fue ésta una verdad llena de un gran poder subversivo como pocas otras en la historia. Consiguió abrirse camino y penetrar la cultura pagana, la transformó profundamente, sustancialmente, dando origen a una nueva cultura, a una nueva sociedad. Pero todo esto hoy viene fuertemente puesto en discusión por una nueva cultura, laica y secularizada, post-cristiana, post-moderna o como alguno la ha llamado cultura de la muerte<sup>1</sup>.

Sin embargo hay que reconocer la ambigüedad del término *persona* en contraste con el lenguaje del mundo de la ciencia empírica

y la dificultad de la fundación en el absoluto o en la filosofía del ser en un mundo y en un contexto cultural orgullosamente anti metafísico<sup>2</sup>. De hecho, la ética de la *sacralidad de la vida* parece partir del reconocimiento de un principio absoluto, que no admite excepciones: el respeto incondicionado de la vida humana desde su concepción hasta su fin natural<sup>3</sup>.

Este carácter ambiguo o mejor dicho análogo y el significado polivalente del término persona se explica en parte por su origen teológico. De hecho es diverso su significado en la teología trinitaria por ejemplo y en la cristología. Diversos son sus concepciones en ámbito filosófico y bioético. Según la mayor o menor apertura a la trascendencia se tendrá una concepción más o menos absoluta y consecuentemente el valor de la dignidad humana se concebirá en términos más o menos absolutos<sup>4</sup>.

Son muchas hoy las éticas o las bioéticas porque diversos son los puntos de partida. Hablamos de hombre, de ser humano, de persona pero no todos entendemos la misma cosa. La antropología y la bioética personalistas representan un intento de recuperación del sujeto, del agente moral – libre y responsable – e implican la integración de todas las dimensiones del hombre: la sensibilidad, el intelecto, la voluntad y también su dimensión social. En este sentido, reconociendo su matriz aristotélico-tomista, el personalismo va más allá, integrando otros aspectos constitutivos de la persona, escapando así de la trampa intelectualista.

El intento es superar el objetivismo puro y el subjetivismo puro para retomar el camino del realismo antropológico y moral. Esta

Professore  
Ordinario  
della Facoltà di  
Bioetica dell'Ateneo  
Pontificio Regina  
Apostolorum

centralidad y equilibrio se encuentra precisamente en *la persona* que se convierte así en el fulcro de toda la reflexión y en la norma de medida del obrar moral<sup>5</sup>.

La evolución terapéutica actual y el desarrollo constante de nuevas tecnologías provocan constantemente nuevas preguntas. De hecho lo sabemos bien no se trata simplemente de restablecer la condición natural o de recuperar la funcionalidad física. Más allá de esto, que es importante, es necesario no olvidar que la peculiaridad del arte médico es el hecho de obrar – como explica muy bien Gadamer – no sobre la agricultura ni sobre la cría de animales, sino sobre hombres que deben ser curados. «Esta condición define desde un nuevo punto de vista el ámbito de competencia científica del médico»<sup>6</sup>.

Es necesario no olvidarlo: la actividad médico-sanitaria se funda sobre *una relación interpersonal de naturaleza particular*. Como tantas veces repitió el Beato Juan Pablo II se trata de un encuentro *entre la fe de un hombre marcado por el sufrimiento y la enfermedad – y por eso necesitado – el cual se confía a la conciencia de otro hombre que puede hacerse cargo de su necesidad y que acude a su encuentro para asistirlo, para cuidar de él, para curarlo*<sup>7</sup>. Olvidar esto, ignorarlo, implica perder de vista aquel elemento constitutivo, diferencial, específico y propio de la ciencia médica. La bioética nace cuando la persona desaparece del horizonte de la ciencia y de la medicina. Desde el inicio la consideración de la relación médico-paciente se convirtió en uno de los puntos centrales de la bioética<sup>8</sup>.

El paciente, el enfermo es ante todo una persona. Cuando esta condición de persona es ignorada, se olvida o se pisotea, la práctica de la medicina pierde aquella especificidad que la convierte en un arte diverso. La medicina o es humana o es anti humana, perversa. Desde hace algunos años se oye hablar de humanización de la medicina y de la asistencia sanitaria. Es paradójico y preocupante que una realidad así, humanitaria por naturaleza, tenga necesidad de ser humanizada. Pero la verdad es que se constata a muchos niveles – también en nuestro contexto de medicina de urgencia – la necesidad de *hacer*

*humana, es decir, hacer digna del hombre*, la realidad sanitaria<sup>9</sup>.

Cada sistema ético, además de mostrarse correspondiente a la experiencia humana y además de justificar racionalmente sus afirmaciones debe también tener la capacidad de poder enfrentar situaciones que van más allá de la pura cotidianidad. A esto lo llamamos “*situaciones límite*”. El mundo de la salud y en particular la bioética constantemente se encuentran ante situaciones de este tipo. Es fácil hablar de *justo medio*, de *consenso*, cuando no hay vidas en juego. Pero, ¿cuál es el justo medio entre la verdad y la mentira al paciente, o entre la vida o la muerte de un paciente?

#### *Un poco de etimología*

El adjetivo *urgente* viene del latín *urgens-urgentis* (que apremia, que provoca apresuramiento) y es el participio presente del verbo latino *urgere* (urgir, ser apremiante, apresurar), de donde también derivan *urgir* y *urgencia*. Se dice que la raíz de la palabra es indoeuropea, poco frecuente en nuestras lenguas romances, a veces presente como *ur* o como simplemente *r*.

*Emergencia*, proviene de *emerger*, o sea salir a la superficie del agua o de otro líquido; análogamente significa también destacar o salirse de un medio o ambiente. Procede del latín del verbo *emergere* (salir a la superficie).

#### *Analizando el campo semántico*

Urgencia sería, según el Diccionario Manual de la Lengua Española Vox la característica principal de las cosas que son urgentes: *la urgencia del caso nos obligó a dejar todo lo demás*. Urgencia se entiende también como la falta de lo que es totalmente necesario: *los voluntarios solucionaron las urgencias de la población civil*. Una urgencia es un asunto que se debe solucionar con mucha rapidez. Es lo que llamamos una emergencia<sup>10</sup>.

*Urgencia* y más a menudo en plural, *urgencias*, puede referirse a: Lo que urge, lo que no puede esperar, aquello que no admite espera; indica la obligación de cumplimiento inme-

diato. Urgir es pedir algo con urgencia o apremio<sup>11</sup>.

Según el diccionario de sinónimos en español, el *Open Teshaurus*, son sinónimos de urgencia las siguientes palabras: apremio, prisa, premura, apresuramiento, acuciamiento, apuro, necesidad, perentoriedad, emergencia y aprieto<sup>12</sup>.

Para complicar más las cosas el término emergencia que decíamos antes puede usarse como sinónimo de urgencia puede referirse también a una situación producida por un desastre. Se habla de estado de emergencia como una figura constitucional prevista en muchos países y se habla comúnmente también de medicina de emergencia y medicina de los desastres. Por lo general en castellano y en España es más común usar el término urgencia o urgencias en el ámbito médico-sanitario. En algunos países de América y en el área anglófona se tiende a usar más emergencia<sup>13</sup>.

#### *Medicina de urgencias*

Comúnmente *urgencias* es la sección de los hospitales en la que se trata a los enfermos o heridos graves que necesitan cuidados urgentes.

La medicina de emergencia<sup>14</sup> o medicina de urgencias es la que actúa sobre una emergencia médica o urgencia médica, definida como una lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.

Hemos hecho alusión a algunos elementos fundamentales de la bioética, al carácter específico de la medicina y descrito en general los términos urgencia y emergencia. ¿Qué pasa si ponemos todo junto?

La medicina de urgencias es como un icono, como un espejo donde la bioética y la misma medicina deben mirarse constantemente para no perder el contacto con la realidad de las cosas como son. La racionalidad

de la ética excluye cualquier posicionamiento irracional. Un sistema o propuesta ética que no es capaz de justificar racionalmente los juicios morales en estos casos – y atención porque racionalidad no significa racionalismo – se rebelan como falsos, o por lo menos como no fundados racionalmente. La mayoría de las veces un juicio moral sin fundamento racional no es más que pura ideología<sup>15</sup>. Asimismo una praxis médica que ignora o menosprecia la centralidad de la persona – y esto es algo que en nuestro ámbito se puede dar – traiciona aquello que constituye su carácter específico.

Obrar en el campo médico no quiere decir solo escoger entre terapias diversas cuyo valor moral depende simplemente de las intenciones con las cuales se aplican o de los efectos positivos o negativos sobre el paciente. Significa sobre todo cons-

truir *una acción dirigida intrínsecamente a sostener o promover el bien de la salud*. Cuando el enfermo es incurable eso no significa que no debemos hacernos cargo de él, que no debemos cuidarlo. Cualquiera sea su estado las curas proporcionadas le deben ser prestadas<sup>16</sup>.

Esta acción – explica José Noriega – el médico no la construye en el vacío, sino que implica *una elección deliberada, es decir, un ejercicio singular de su inteligencia, informada de la intencionalidad y de la situación del enfermo que conoce*. A la luz de estos elementos él puede ver qué cosa conviene hacer en cada caso<sup>17</sup>. Aquí encontramos el camino a recorrer: un sujeto moral – el médico – que obra, con competencia profesional movido por la búsqueda del bien integral del paciente, corporal y espiritual. En esta relación interpersonal el médico conoce al paciente, sus circunstancias, las consecuencias de sus acciones y en base a este conocimiento reflexiona y decide<sup>18</sup>.

La urgencia del caso se constituye así en un verdadero juicio clínico, una realidad dinámica que por una parte pone a prueba la ra-

### *El médico debe obrar con competencia profesional movido por la búsqueda del bien integral del paciente*

cionalidad y fundamento de cada propuesta ética o bioética – lo llamemos principio moral, criterio de acción o protocolo clínico – y por otra, revela la profesionalidad del médico y su real interés por el verdadero bien de cada paciente.

La urgencia pone en crisis dogmas pragmatistas y políticas establecidas llegándose a configurar en un verdadero estado de necesidad que puede en un momento dado llevarnos a presuponer el consenso del paciente y a priorizar la vida sobre la autonomía del paciente<sup>19</sup>. La urgencia de una situación convierte la pasividad, la lentitud o la inacción en omisión culpable, en abandono terapéutico. La urgencia de un paciente condiciona un *triage*, se convierte en criterio para la asignación de órganos en el caso de un trasplante<sup>20</sup>. La urgencia, en fin, revela nuestros límites, la fragilidad del hombre y la realidad incontestable del sufrimiento y de la muerte que tarde o temprano llega a todos. La no aceptación de estos límites es la raíz de la eutanasia y del encarnizamiento terapéutico. En ambos casos el error se reduce a pérdida de contacto con la realidad.

La urgencia nos revela también que no bastan los protocolos, las líneas de acción porque cada persona es una realidad única e insustituible. A esos elementos – que son necesarios – hay que añadir el amor que es lo que nos lleva a buscar el bien del paciente (*beneficialidad*) y simultáneamente a evitarle el mal (*non nuocere*). El amor es lo que nos impulsa a buscar siempre lo mejor, a no contentarnos con garantizar mínimos (equidad) y esforzarnos para asegurar más a quien más lo necesita (dignidad). Una cosa es hacer uso racional de los medios y recursos (racionalizar) y otra cosa es establecer máximos a priori (racionar). Discriminar no es solo hacer distintos a los que son iguales; también es discriminación hacer iguales a los que son distintos<sup>21</sup>.

La prudencia es la virtud moral que nos ayuda a hacer *la cosa justa, en el modo justo y en el momento justo*. Hacer lo posible, todo lo posible y sólo lo posible, no se nos pide más pero tampoco se nos pide menos. Solo el re-

conocimiento de la persona en cuanto tal puede ser garantía para una justa y prudente práctica médica.

Sólo así la medicina – y también y sobre todo en nuestro ámbito de urgencias – se convierte en vocación y misión al servicio de la vida y del hombre, en camino de realización humana y cristiana en aquello para lo que fuimos creados y que es nuestra principal tarea: el amor. Alguien dijo: *la caridad de Cristo nos urge*. Solo desde el amor – y quien tiene experiencia en el campo lo sabe bien – se puede vivir de verdad como médico de urgencias.

#### NOTE

<sup>1</sup> Cf. D. CAVANAGH, «Diritto alla vita nel sistema sanitario americano», in *Medicina e Morale*, 46/6 (1996), 1151-1162; T. STYCZEN, «La libertà e la legge. Sì o no alla vita?», in *Medicina e Morale*, 47/5 (1997), 885-902; CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Evangelizzazione e cultura della vita umana*, CEI, Roma 1989.

<sup>2</sup> Véase, por ejemplo, T.J. ENGELHARDT, *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999, 372. «Il punto è che, in assenza di una visione morale e/o metafisica della sofferenza, spiegare perché si dovrebbe sopportarla o perché l'uccisione consensuale di una persona sia in sé moralmente sbagliata, diventa difficile, se non impossibile. Nell'ottica morale laica generale, il divieto di suicidio, di suicidio assistito e di eutanasia non è altro che un tabù, un complesso di proibizioni radicate in considerazioni etiche ereditate dal passato, ma che non ci appaiono più degne di essere prese sul serio. In questo contesto, le loro radici si perdono nell'oblio e l'accesso al suicidio assistito diventa un diritto costituzionale plausibile».

<sup>3</sup> Por ejemplo E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Fondamenti ed etica biomedica, Vita e Pensiero, Milano 1999, tercera edición, 122. «I beni della vita relazionale, quali i beni affettivi o sociali, debbono subordinarsi ai due beni precedenti: la vita e la sua integrità. Per un intervento chirurgico si giustifica il ricovero in ospedale e il distacco dalla vita affettiva familiare. Non c'è nessuna ragione sociale, invece, che giustifichi un'automutilazione o la sterilizzazione, tanto meno una diretta soppressione della vita».

<sup>4</sup> Véase R. LUCAS LUCAS, *Antropologia e problemi di bioetica*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo Milano 2001, 161. Para los aspectos fundativos de carácter filosófico-teológico véase D. CLANCY, «Il valore assoluto e relativo della vita umana», in R. LUCAS LUCAS e E. SGRECCIA, *Commento interdisciplinare alla "Evangelium Vitae"*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1997, 385-401, 385-401.

<sup>5</sup> A.P. BARRAJÓN, «Creazione dell'anima, evoluzione e bioetica. Riflessioni intorno ad un messaggio di Giovanni Paolo II», in *Alfa Omega*, 17/3 (2003), 363. El autor afirma: «Per spiegare la profonda differenza ontologica che esiste tra l'uomo ed il resto della creazione dobbiamo sommergerci nell'ambito della filosofia dell'essere e della teologia. Qui bisognerebbe sviluppare tutta una metafisica dalla persona umana, di natura spirituale, dotata di intelligenza, di libertà, di interiorità, fine in sé stessa, aperta all'amore, capace di relazione e di comunione con i suoi simili, aperta specialmente a Dio». Para profundizar el argumento véase R. LUCAS LUCAS, *Antropología e problemi di bioetica*, op. cit. Para una definición técnica véase B. MONDIN, *Dizionario Enciclopedico del Pensiero di San Tommaso d'Aquino*, Edizioni Studio Domenicano (ESD), Bologna 2000, segunda edición, 517.

<sup>6</sup> H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, 26. Es interesante también el estudio relativo a cultura y medicina realizado por D.VON ENGELHARDT, «Cultura e medicina», in S. LEONE - S. PRIVITERA (a cura di), *Dizionario di Bioetica*, EDB-ISB, Bologna-Acireale 1994, 215-221.

<sup>7</sup> Cf. GIOVANNI PAOLO II, «Discorso ai partecipanti in due Congressi di medicina e chirurgia», 21 ott. 1980, en *Insegnamenti*, III, 2, 1010, n. 6. Riportato da PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta per gli operatori sanitari*, op. cit., 9-10.

<sup>8</sup> Cf. A. BOMPIANI, *Bioetica in Italia. Lineamenti e tendenze*, Centro Editoriale Dehoniano, Bologna 1992. «Questa è la chiave di lettura per Beauchamps e Childress - con la sua enfasi verso l'autonomia del malato - Reich e Callahan ed in Italia Cattorini ad esempio, con la bioetica dei principi sono alcuni degli autori più conosciuti. Altri autori, prendono a cuore il tema del "prendersi cura", avvicinandosi di più alla bioetica delle virtù di Pellegrino e Thomasma. Nella corrente cosiddetta del personalismo troviamo Sgreccia (personalismo ontologico) e tanti altri che come lui cercano di mettere la persona al centro della sua riflessione».

<sup>9</sup> S. CIPRESSA, «La professione infermieristica: considerazioni etico-deontologiche», en *Medicina e Morale*, 53/2 (2003), 85.

<sup>10</sup> *Diccionario Manual de la Lengua Española Vox*, © 2007, Larousse Editorial, S.L.

<sup>11</sup> «Urgir», *Diccionario de la lengua española*, (vigésima segunda edición), Real Academia Española, 2001.

<sup>12</sup> En ingles las voces correspondientes serían: urgency, hurry, emergency, emergency medical service,

emergency operation, emergency services, EMS, rush.

<sup>13</sup> «Emergency healthcare», en S. G. POST (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd ed, Vol. 5, 2980. En particular las voces: *informed consent exception*, 1287; *physician-patient relationship*, 1734; *triage*, 2522; *United States policy*, 57; *workers*, 318-319; *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, 1231.

<sup>14</sup> En internet se encuentran también términos como emergenciología y emergentología.

<sup>15</sup> Véase por ejemplo en relación al tema de la eutanasia V. SALVOLDI (a cura di), *Oltre l'eutanasia e l'accanimento. Política, ciencia e morale*, Centro Editoriale Dehoniano, Bologna 1991, 77.

<sup>16</sup> Cf. GIOVANNI PAOLO II, «Discorso alla Pontificia Accademia delle Scienze», in PONTIFICIA ACCADEMIA DELLE SCIENZE (a cura di), *Prolungamento artificiale della vita*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1987, 15.

<sup>17</sup> Cf. J. NORIEGA, «L'azione medica e la sua bontà. La cura del malato in stato vegetativo permanente», in J. NORIEGA e M. DI PIETRO, *Né accanimento né eutanasia*, Lateran University Press, Roma 2002, 154-157.

<sup>18</sup> En este contexto se entiende bien el dicho español: *despacio que tengo prisa*. La precipitación, la prisa nunca es buena consejera. La diligencia es otra cosa.

<sup>19</sup> Cf. E. SGRECCIA, «Scienza ed etica per il paziente terminale», in E. SGRECCIA - A. SPAGNOLO - M.L. DI PIETRO, *L'assistenza al morente, Aspetti socio-culturali, medicoassistenziali e pastorali*, Vita e Pensiero, Milano 1994, 84. «Questo principio [di autonomia] è tuttavia limitato da eccezioni che fanno così riemergere, in particolarissimi casi, la prevalenza del potere-dovere di curare. Si tratta di condizioni soggettive integrate dalla assistenza medica a favore dei minori anche degli anni 14, degli infermi di mente o comunque degli incapaci di esprimere la propria volontà a motivo di patologie tali da compromettere lo stato di coscienza, di impedire cioè la formulazione di un consenso giuridicamente valido».

<sup>20</sup> Otras interesantes aplicaciones se encuentran en A. GIANNINI, «Il dilemma dell'ultimo letto: allocazione di risorse limitate in rianimazione», in *Medicina e Morale*, 48/2 (1998), 261. Por lo que se refiere a los problemas de decisión médica véase A. FIORI, «Decisione medica», in S. LEONE y S. PRIVITERA, *Dizionario di Bioetica*, EDB-ISB, Bologna-Acireale 1994, 223-225.

<sup>21</sup> Cf. A. GIANNINI, «Il dilemma dell'ultimo letto: allocazione di risorse limitate in rianimazione», op. cit., 248.