



1

ISSN 0717 – 2370

Cuadernos del Programa Regional de Bioética

- | | | |
|----|---|-----|
| 1. | Prioridades temáticas de Bioética en América Latina y el Caribe
Dr. Juan Pablo Beca I. | 7 |
| 2. | Metamorfosis de la ética médica
Edmundo D. Pellegrino, M.D. | 16 |
| 3. | El qué y el por qué de la Bioética
Dr. Diego Gracia Guillén | 34 |
| 4. | La Bioética: Hito de las Humanidades Médicas
H. Tristram Engelhardt Jr. y Mark S. Cherry | 55 |
| 5. | La relación entre la Bioética y el Derecho
Carlos María Romero Casabona | 66 |
| 6. | Ética de la relación Médico-Paciente
Dr. Alejandro Goic G. | 80 |
| 7. | Bioética y asignación de recursos en salud
Dr. Pablo Rodríguez del Pozo | 93 |
| 8. | Derechos del enfermo terminal
Dr. Enrique Villamizar R. | 113 |
| 9. | Los comités Hospitalarios de Ética
Dr. Juan Carlos Tealdi | 129 |

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
DIVISION DE DESARROLLO HUMANO



Cuadernos del Programa
Regional de Bioética
Número 1 – Septiembre 1995
ISSN 0717 – 2370

**® Programa Regional de Bioética para América Latina y el caribe
1ª Edición: Septiembre de 1995**

Director: Dr. Julio Montt M.

Consultores Residentes: Dr. Juan Pablo Beca I.
Lic. Mahal Da Costa S.

**Consultora en Comunicación
Social y Editora:** Rebeca Uribe F.

Edición y producción gráfica: Graphos Comunicaciones Ltda.

C o n t e n i d o s

1. Presentación de los Cuadernos del programa Regional de Bioética

2. Prioridades temáticas de Bioética en América Latina y el Caribe

Dr. Juan Pablo Beca I.

El Seminario “Bioética en América Latina y el Caribe” definió cuatro áreas temáticas prioritarias que servirán de base para el desarrollo de sus estrategias futuras. Las áreas, no excluyentes de otros temas, son: ética clínica, educación en bioética, ética de la investigación y ética de la salud pública.

3. Metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años.

Dr. Edmund D. Pellegrino, M.D.

El enorme cambio en ciencia y salud de las últimas décadas ha conducido a una reformulación de la ética médica. Se ha desarrollado así la teoría de los principios, que se complementan con las teorías basadas en la virtud, la ética del cuidado y la casuística. No está claro a dónde irá a desembocar la continúa metamorfosis de la ética médica en los próximos años.

4. El qué y el porqué de la Bioética

Dr. Diego Gracia Guillén

El desarrollo reciente de la Bioética se caracteriza por: el intento de conjugar los nuevos hechos propios de las ciencias biológicas con los valores; la concentración de todos los valores; en los cuatro principios (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia); y la afirmación de que todos estos principios tienen excepciones.

5. La Bioética: Hito de las Humanidades Médicas

H. Tristán Engelhardt Jr. y Mark S. Cherry

Los médicos necesitan responder adecuadamente a las necesidades morales de sus pacientes, sus familias y la sociedad, y ser capaces de responder a los cambios que se presentan en el transcurso de su vida profesional. La educación en Bioética proporciona una evaluación crítica del contexto médico y del cuidado de la salud, y contribuye además a la capacitación de los educadores médicos futuros.

6. La relación entre la Bioética y el Derecho

Carlos María Romeo Casabona

La Bioética aspira a aportar principios, alcances, límites y elementos de juicio para la reflexión y solución de problemas. El derecho por su parte intenta apartar criterios nítidos para la resolución de cada caso concreto. La relación entre ambas disciplinas considera cinco premisas mínimas: reflexión y búsqueda de principios regulativos; pluralismo; armonización de las legislaciones de cada realidad; e instrumentalización jurídica prudente.

7. Ética de la Relación Médico – Paciente

Dr. Alejandro Goic G.

La relación médico – paciente es una relación asimétrica modulada por factores sociales y culturales que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético. Todas las decisiones clínicas cotidianas se adoptan no sólo por razones técnicas sino también éticas. La formación antropológica y ética del médico y el dominio de habilidades semiológicas, no reemplazables por la tecnología, son decisivas para el ejercicio de una medicina humana, técnica, ética y socialmente eficaz.

8. Bioética y Asignación de Recursos en Salud

Dr. Pablo Rodríguez del Pozo

La posibilidad de hablar de ética y economía se plantea en términos de justicia sanitaria y libre mercado. ¿Es posible establecer puntos de encuentro entre estas dos dimensiones? La discusión plantea niveles de acuerdo a las teorías disponibles, a los principios filosóficos sanitarios, a los sistemas de salud y a las teorías de libre mercado. Por otra parte, las distorsiones que se dan en materia de lo que significa el mercado de servicios de la salud se plantean en términos de papel del consumidor y de la dimensión que le demos al término “libertad”. Las conclusiones llegan a ser complementarias si se definen los términos y se regulan los conceptos.

9. Derechos del enfermo terminal: la transición hacia lo cualitativo

Dr. Enrique Villamizar R.

La atención dedicada a pacientes terminales merece cada día mayor atención, tanto por las especiales necesidades a satisfacer, como por los dilemas clínicos, bioéticos, espirituales y psico – sociales que le acompañan. Esta ha sido una de las áreas de atención en salud que ha registrado mayores cambios en los últimos treinta años. En este contexto se consideran los “derechos” del enfermo terminal como parte fundamental del cuidado paliativista de estos pacientes.

10. Los Comités Hospitalarios de Ética. 6 años después

Dr. Juan Carlos Tealdi

Los Comités Hospitalarios de Ética son grupos interdisciplinarios que surgen como respuesta a problemas morales de la salud. La experiencia en América Latina es aún breve y se hace necesario precisar para cada caso su estructura, funciones (educativa, consultiva y normativa), método de trabajo, acreditación y formas de evaluación.

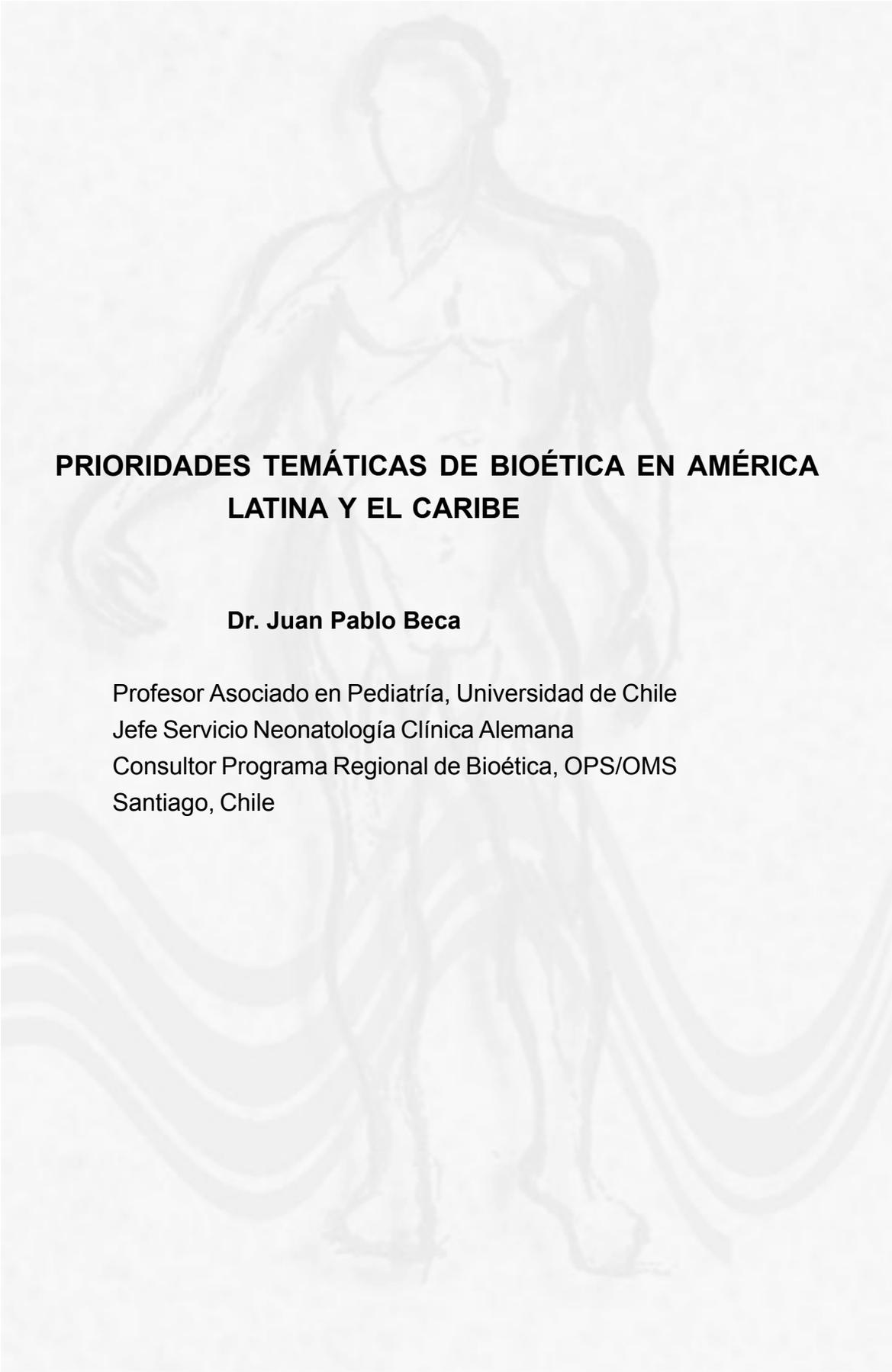
P R E S E N T A C I Ó N

Entre los objetivos principales del Programa Regional de Bioética de OPS destacan la difusión de conocimientos, la enseñanza y capacitación de profesionales de la salud, y el estímulo a publicaciones regionales en el campo de la Bioética. Como un medio importante para cumplir estos objetivos se considera necesario imprimir y difundir, en los países miembros, artículos claves que traten los temas prioritarios de Bioética.

La Bioética es un tema emergente que preocupa a las diferentes instancias sociales de nuestros países, puesto que el avance científico y tecnológico provee a los profesionales de la salud de innumerables y novedosas herramientas para mitigar el sufrimiento y sanar a los enfermos. Con ellas se han obtenido importantes avances, constituyendo uno de los principales impactos el aumento en el promedio de vida de nuestras poblaciones y los grandes éxitos en el combate de algunas enfermedades.

La preparación y edición de una publicación científica extensa, o de un libro con temas de Bioética, demoraría más de un año, y desarrollar nuevas ediciones, que contemplen nuevos temas, se haría también difícil y lenta. La necesidad de contar con publicaciones, en esta área, que recojan los rápidos cambios y contemplen la emergencia de los nuevos temas e inquietudes, nos orientó a diseñar una publicación más ágil, que cada cierto tiempo entregue artículos originales, traducciones seleccionadas y conferencias que traten los temas prioritarios de Bioética para la Región de América Latina y El Caribe.

Este primer número de Cuadernos del programa Regional de Bioética contiene los trabajos de destacados profesionales, que se han distinguido por su aporte y estudio en los diversos tópicos relacionados con esta disciplina. Esperamos que su publicación signifique un aporte para los profesionales de América Latina y el Caribe en el sentido de proveerlos de una conceptualización que les permita enfrentar el desafío permanente del avance científico.



PRIORIDADES TEMÁTICAS DE BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Dr. Juan Pablo Beca

Profesor Asociado en Pediatría, Universidad de Chile
Jefe Servicio Neonatología Clínica Alemana
Consultor Programa Regional de Bioética, OPS/OMS
Santiago, Chile

El desarrollo de la Bioética desde el primer enunciado del concepto hace ya más de 25 años ha tenido su mayor intensidad en Norteamérica y en Europa. Se ha concentrado la investigación y publicación de ensayos, textos y publicaciones periódicas de alto nivel en importantes centros universitarios y fundaciones. Algunos de estos centros como el Kennedy Institute of Ethics de la Universidad de Georgetown, el Hastings Center en Nueva York, y la Universidad Complutense de Madrid han tenido mayor contacto e influencia en los países latinoamericanos y en el Caribe mediante sus publicaciones, cursos y programas de formación. Sin embargo los temas que en Norteamérica y en Europa preocupan a bioeticistas, filósofos, médicos y otros profesionales son numerosos y obedecen a las inquietudes propias de sus culturas y del grado de desarrollo de la Medicina, la investigación y los sistemas de salud. Por otra parte los enfoques y énfasis valóricos y metodológicos con los cuales se analizan los temas y las propuestas y orientaciones reflejan su propia historia y cultura.

En los países latinoamericanos y en el Caribe se han constituido en estos últimos 20 años numerosos centros y grupos de trabajo en Bioética en Universidades, Hospitales y algunas Fundaciones. Por su parte la Organización Panamericana de la Salud ha dado respuesta a la necesidad de desarrollar Bioética y de contribuir a la formación de los profesionales de la Salud a través de la publicación científica N° 527 “Bioética, temas y perspectivas” en 1990, y posteriormente mediante la creación del Programa Regional de Bioética a través de un convenio con la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud de Chile.

En América Latina y el Caribe se está viviendo un vertiginoso avance en ciencia y tecnología, una revisión profunda de los sistemas públicos de salud, y un cambio en la morbilidad y causas de mortalidad. Han variado las prioridades en salud y simultáneamente ha aumentado la información y conocimientos que el público tiene de sus problemas y de sus derechos en salud. Esta situación, con sus enormes variaciones entre y dentro de los países, ha generado nuevas interrogantes e inquietudes que requieren con urgencia respuestas propias de acuerdo a la realidad, los valores y cultura de la región y de cada país. Por ello, junto con aprender mucho de los conceptos y escuelas de pensamiento de otras latitudes, tenemos que generar un pensamiento nuevo que responda a nuestros propios problemas y desafíos. El desarrollo de una perspectiva latinoamericana en Bioética destacará seguramente aspectos poco enfatizados por el

pensamiento anglosajón: rol de la familia en salud y solidaridad como valor básico en la organización social. Lo primero en este camino es identificar y definir las áreas temáticas prioritarias de la región.

Para establecer las prioridades mencionadas el programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe llevó a cabo en noviembre de 1994 en la ciudad de Santiago de Chile el Primer Seminario de Bioética en América Latina y el Caribe. En este Seminario participaron 50 profesionales de la salud de 15 países con el propósito de definir las prioridades temáticas en Bioética propias de esta región. Se intentó así llegar a establecer un marco de prioridades que condiciona las actividades y proyectos que el Programa desarrollará y favorecerá en el futuro. El logro principal es que estos conceptos no representan las opiniones de un reducido número de expertos, sino la opinión basada en los conceptos e intercambio de experiencias de representantes de instituciones de Salud y de estudio de Bioética en los países.

El Seminario, después de tomar conocimiento de la realidad de cada país y de discutir la temática en trabajos grupales, definió como áreas temáticas prioritarias en Bioética para la región las siguientes:

1. Ética Clínica
2. Educación en Bioética
3. Ética de la Investigación
4. Ética de la Salud Pública

I. ÉTICA CLÍNICA

Se prefiere mantener el término “Ética Clínica” para referirse a los aspectos éticos relacionados con la práctica médica. Se incluye en esta área temática los dilemas o decisiones ante situaciones clínicas particulares, los principios o aspectos éticos que en estas situaciones se comprometen, y el tema de los Comités de Ética Hospitalaria.

Las situaciones clínicas que involucran decisiones éticas son, en los países de la región, similares a las de otras latitudes. Sin duda que persisten los problemas propios del subdesarrollo y de la ignorancia, pero estos problemas co – existen con los desafíos de la patología y de la tecnología moderna. Entre los temas que debe abordar la Bioética en Latinoamérica y el Caribe en relación a situaciones clínicas se

incluye:

- Dolor y sufrimiento humano.
- Información al paciente y a la familia: confianza, veracidad, confidencialidad.
- Medicina reproductiva: anticoncepción, técnicas de fertilización asistida.
- Aborto.
- Problemas propios del cuidado intensivo, órdenes de no resucitar, suspensión de tratamientos.
- Transplantes, muerte cerebral, donación de órganos.
- Aspectos éticos de patologías especiales: SIDA, drogadicción.
- Medicina forense: violencia, maltrato a menores, tortura.

Los aspectos éticos, que se comprometen en las situaciones clínicas antes mencionadas, son variados. Estos deben ser estudiados y desarrollados en los centros y grupos de trabajo de la región. Es precisamente en el estudio de estos temas donde nuestros países deben enfatizar su perspectiva propia, basada en las tradiciones, cultura y valores de cada pueblo. La perspectiva latinoamericana, desarrollada con seriedad y profundidad, será un aporte a la discusión internacional de estas materias. Los temas propiamente éticos definidos en esta área fueron:

- Principio de Beneficencia como principio rector en Ética Clínica, basado en la dignidad de la persona humana.
- Principio de Autonomía y la forma en que se entiende y aplica en la región, con su cultura y valores familiares.
- Consentimiento informado.
- Proporcionalidad de tratamientos.
- Metodología en Ética Clínica.
- Las virtudes en las profesiones de la salud.
- Objeciones de conciencia del profesional de la salud ante situaciones complejas.
- Asignación de recursos como conflicto entre necesidades del paciente y de la comunidad.

En relación a los Comités de Ética Hospitalaria se hace necesario avanzar mucho en la definición de su misión, composición, atribuciones, y metodologías de trabajo. Los modelos anglosajones o europeos pueden no ser siempre aplicables o conve-

nientes a nuestra realidad. La situación latinoamericana muestra que existe el riesgo de que muchos de estos comités estén formados por personas sin suficiente capacitación y que, por lo tanto, actúen sobre la base de impresiones o intuiciones personales más que sobre la base de principios y métodos de toma de decisión. Se considera que los comités deben ser, en la medida de lo posible, multiprofesionales y transdisciplinarios, y que deben contar con la participación de representantes de la comunidad.

Las funciones de los Comités de Ética Hospitalaria se consideran consultivas y no directivas ni impositivas. Junto a la función consultiva, sobre decisiones ante casos clínicos concretos, se destaca la función docente dentro de los servicios hospitalarios y la función de aliento y apoyo al equipo de salud frente a situaciones difíciles. Dependiendo de las circunstancias locales, estos mismos Comités pueden verse en la necesidad de asumir funciones de asesoría para establecer normas hospitalarias, o para la aprobación de protocolos de investigación.

Los Comités de Ética Hospitalaria constituyen una necesidad urgente y práctica, además de un tema de estudio y diálogo que debe llevar a orientaciones o guías que iluminen a profesionales e instituciones. Otro capítulo de este volumen trata este tema en forma más exacta y profunda.

II. EDUCACIÓN EN BIOÉTICA

El desarrollo de la Bioética en América Latina y el Caribe tiene como requisito indispensable la formación de los profesionales de la salud y de otras áreas en esta disciplina. Las definiciones y limitaciones en la educación son enormes de tal manera que se ha considerado que “Educación en Bioética” es por sí misma un área temática prioritaria. Es necesario formular o replantear objetivos, contenidos, métodos y formas de evaluar y perfeccionar la educación en Bioética en todos los niveles. Se incluye por lo tanto la educación en temas y principios de Bioética, a nivel de pre y postgrado, en las carreras de la Salud y en profesiones como Derecho, Sociología, Antropología, Teología y Filosofía. Es frecuente en diversos lugares de la región constatar una confusión entre la difusión de códigos de tipo deontológico tradicional por parte de colegios profesionales o de la legislación, y la educación en principios y conceptos de Bioética. Por otra parte, y no menos importante, nuestros países requieren educar a la comunidad en los temas que se relacionan con sus derechos y valores en salud, tarea en la cual los profesionales de la comunicación social tienen

una gran responsabilidad.

Existe consenso en que Bioética debe ser una asignatura obligatoria en los currícula de enseñanza de las profesiones de la Salud. El momento curricular, el número de horas y los programas varían necesariamente de un lugar a otro. Sin embargo se considera importante la integración con la clínica y que al menos una parte del programa sea impartido al final del curriculum. Se destaca que la enseñanza de Bioética debe separarse de la asignatura de Medicina Legal y se sugiere la creación de Unidades Docentes de Bioética independientes de los departamentos.

Debe enseñarse los fundamentos de la Bioética y las bases filosóficas y/o religiosas necesarias para comprender sus conceptos y principios. La enseñanza debe ser integrada a la clínica para lo cual el ejemplo de los docentes y la discusión de casos reales son insustituibles.

Los contenidos temáticos de los currícula de Bioética deben incluir, además de los fundamentos y principios, los temas prioritarios de la ética clínica, los principios y normas que deben regular la investigación humana y animal, y los temas fundamentales de la ética de la Salud Pública y ambiental.

La enseñanza de los alumnos hace necesario educarlos, no sólo en conocimientos teóricos de Bioética, sino muy fundamentalmente en actitudes que respeten y promuevan principios y valores. Esto requiere docentes que constituyan modelos de conducta ética. Por lo tanto la prioridad regional en educación en Bioética incluye la formación de docentes que deben integrar equipos transdisciplinarios que incluyen a médicos y, junto a ellos, abogados, filósofos, teólogos, etc.

Se considera que los Comités de Ética Hospitalaria tienen un rol educativo institucional que, en el caso de los hospitales docentes, se debe integrar a las actividades docentes de los cuerpos académicos.

Como la formación en Bioética no es una necesidad exclusiva de los miembros de los Comités de Ética Hospitalaria sino de todos los profesionales de la Salud, se hace necesario crear y desarrollar formas y métodos de formación continua a nivel de graduados.

Por último los programas de becados o residentes en Ética Clínica y las maestrías

en Bioética abren, en los países latinoamericanos, nuevos caminos para el desarrollo de una perspectiva regional en Bioética.

III. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Existe consenso en que la región de América Latina y el Caribe necesita desarrollar capacidades para ejercer un adecuado y bien fundamentado control ético de la investigación. Igualmente importante es el desarrollo de líneas de investigación en los temas prioritarios de Bioética.

La investigación biomédica que se realiza en los países de la región es relativamente escasa y con frecuencia se participa en proyectos colaborativos que incluyen campos clínicos para ensayos terapéuticos. Los investigadores y co – investigadores de la región necesitan adquirir y desarrollar métodos para el control ético de los proyectos. Entre los temas que deben dominar los investigadores clínicos se tiene: justificación ética de un proyecto, conceptos y formas de obtener consentimiento informado, evaluación de riesgos y beneficios para los pacientes, confidencialidad, y respeto a la vida humana.

La constitución de Comités de Ética de la Investigación con sus propias definiciones de objetivos, métodos de trabajo y atribuciones resulta indispensable en la región. Como su actual existencia es escasa se hace necesario desplegar esfuerzos para capacitar miembros de estos comités entre investigadores de instituciones públicas, universitarias o privadas vinculadas a la investigación.

De esta forma se creará progresivamente una conciencia crítica que oriente la investigación biomédica a proyectos que respeten la dignidad y autonomía de los pacientes y de las comunidades. Así se evitará la repetición de proyectos que, en el pasado y en el presente, parecen haber utilizado a nuestros pueblos como objeto de investigación atropellando sus derechos y no significando beneficios individuales ni sociales.

Por otra parte, el desarrollo de la Bioética en América Latina y el Caribe requiere promover y favorecer investigación original en esta disciplina. Los proyectos de investigación deben orientarse a las áreas temáticas prioritarias, desarrollando valores propios, particularmente los relacionados con solidaridad, estructura familiar, costumbres o tradiciones locales, y conceptos de equidad y justicia.

IV. ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA

La Salud, además de su relación con los importantes temas mencionados, se vincula íntimamente con el sistema social y, por lo tanto, con la ética social. La Bioética debe contribuir a ordenar y fundamentar decisiones no sólo a nivel personal ética clínica, sino también a nivel social. Las políticas de salud requieren priorizar sus metas y de programas con criterios éticos. En este tema el principio ético rector es el de Justicia.

La realidad latinoamericana muestra necesidad de cambios y adecuaciones en las estructuras de los sistemas de salud. Se constatan frecuentes desequilibrios entre la atención primaria y terciaria, desigualdad de oportunidades y servicios para los grupos sociales, y manifiestas injusticias en los sistemas de seguros de salud. Existen problemas prácticos y conceptuales en la actual regulación de los sistemas de salud basados excesivamente en razones de mercado que consideran a veces los problemas de salud como un producto más.

La Salud pública debe ser enfocada hoy con criterios modernos de gestión, con aportes de las distintas disciplinas en la formulación y elaboración de las políticas, aplicando claros criterios de equidad y justicia distributiva. La reflexión Bioética debe contribuir en este plano y para lograrlo es necesario desarrollar conceptos adecuados a cada realidad socio – cultural y económica. Consecuentemente, en el campo de la Salud Pública, la Bioética regional debe abocarse al estudio de orientaciones que sirvan de guía en temas fundamentales que incluyen:

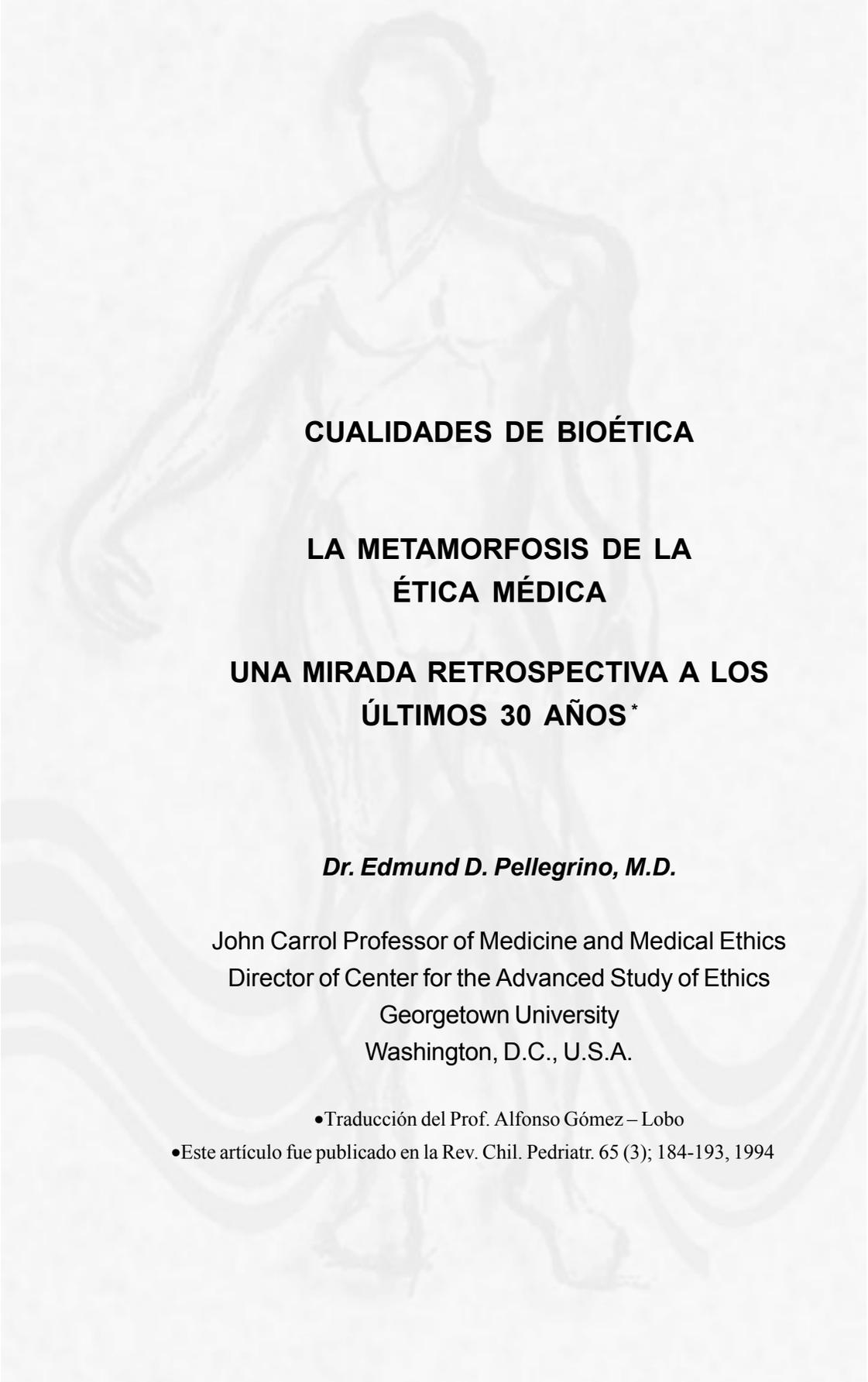
- Comités de Ética Institucional en hospitales, servicios de salud y ministerios: su rol, atribuciones y forma de trabajo. Una vez más los modelos de otras realidades no son adecuados para estos países.
- Comisiones Nacionales de Bioética: la experiencia internacional muestra que muchas de estas comisiones llegan a ser meras formalidades con poca claridad de objetivos y logros muy escasos. Cada país requiere una decisión propia, de acuerdo a su realidad y factibilidad, para tener instancias de promoción y coordinación de centros y actividades de Bioética.
- Asignación de recursos: este es un tema crucial al formular políticas de salud. Junto con ser un importante asunto político y económico es un tema que requiere un enfoque ético para asegurar que las decisiones vayan real y eficientemente en bien de toda la comunidad, sin exclusiones ni discriminaciones.

- Medicina preventiva y educación para la salud son áreas que deben definir sus objetivos y métodos con prioridades analizadas desde el punto de vista ético, respetando y desarrollando los valores de nuestros pueblos.
- Los sistemas de previsión y de seguros de salud deben ser estudiados en la dimensión ética de sus fundamentos y proyecciones.
- La legislación en materias de salud, aún incipiente en muchos países de la región, es otra importante temática a estudiar para que la reflexión Bioética pueda contribuir a lograr leyes que beneficien más a la comunidad y a los usuarios de los sistemas de salud.
- Las políticas de protección del medio ambiente, tan estrechamente relacionadas con la salud pública, requieren ser estudiadas desde una perspectiva ética que asegure prevención de riesgos y avances en calidad de vida para toda la comunidad.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Las prioridades temáticas descritas, que fueron definidas en el Seminario “Bioética en América Latina y el Caribe”, constituyen una orientación para programar las actividades de los centros o grupos de trabajo en Bioética en la región. Constituyen una base sobre la cual el Programa Regional de Bioética define sus estrategias de fomento y apoyo a los centros de la región. Pero no pueden ser consideradas como áreas temáticas excluyentes de otros temas que tienen importancia de acuerdo a realidades o circunstancias locales. El futuro irá mostrando, sin lugar a dudas, nuevos problemas o desafíos para la Bioética regional. La creatividad y particularidad de cada grupo de trabajo irá iluminando, con la contribución de todos, nuevos caminos y metas.

El enfoque de las prioridades temáticas descrito en este documento establece prioridades desde la perspectiva de las profesiones de la salud. La Bioética, como disciplina multiprofesional y pluralista, tiene que ser igualmente desarrollada en los países desde las perspectivas propias de otras profesiones: derecho, filosofía, teología, antropología, sociología y economía. El encuentro de todos estos aportes multiplicará el desarrollo de la Bioética enriqueciendo la propia identidad de cada disciplina.



CUALIDADES DE BIOÉTICA

**LA METAMORFOSIS DE LA
ÉTICA MÉDICA**

**UNA MIRADA RETROSPECTIVA A LOS
ÚLTIMOS 30 AÑOS***

Dr. Edmund D. Pellegrino, M.D.

John Carrol Professor of Medicine and Medical Ethics
Director of Center for the Advanced Study of Ethics
Georgetown University
Washington, D.C., U.S.A.

•Traducción del Prof. Alfonso Gómez–Lobo

•Este artículo fue publicado en la Rev. Chil. Pediatr. 65 (3); 184-193, 1994

***La historia no es sino la filosofía enseñando
mediante ejemplos.
Dionisio de Halicarnaso***

Cuando comencé a estudiar medicina hace 50 años, la ética médica era, como lo había sido durante siglos, un dominio circunscrito a la profesión médica, protegida del embate de los cambios culturales y enmarcada dentro de preceptos morales que parecían inmutables. Seguía exactamente igual hace 30 años, cuando comencé a estudiar, a enseñar y a observar de cerca esa disciplina. En efecto, lo único que parecía inalterable en medio de la metamorfosis, que parecía afectar a la medicina en todos sus aspectos, era la ética médica.

Hoy ese marco de referencia está padeciendo la más severa tensión de toda su historia. La ética médica se ha transformado en objeto de la más amplia preocupación pública. Cada una de las doctrinas está siendo seriamente cuestionada y es probable que haya que reformularlas. Bajo la presión de los conflictos morales que emergen en todos los aspectos de la cultura norteamericana, los apoyos morales se han ido desintegrando. El aspecto que tendrá la ética médica de aquí a diez años es algo difícil de predecir.

Las causas de esta profunda transformación son muchas y complejas. Se trata de causas sociales, políticas, económicas y jurídicas. Sin embargo, ninguna de éstas es, a mi juicio, más importante que el hecho de que la totalidad de la ética médica haya sido objeto de investigación filosófica. La ética médica es cada vez más una rama de la filosofía moral y se torna cada vez más vulnerable a los cambios de moda y de opinión en filosofía. Las consecuencias de esto, para la estructura de ética médica, son a la vez saludables y problemáticas y presentan un desafío arduo de gran significación.

Deseo examinar esta metamorfosis del mencionado cambio conceptual por varias razones. En primer lugar, las soluciones que buscamos, para enfrentar el problema práctico de decidir moralmente, dependen totalmente del marco conceptual que usemos para definir lo que creemos que es correcto o incorrecto, bueno o malo. La ética médica, al igual que

la medicina misma, es una síntesis de teoría y práctica. La teoría puede parecer a veces remota y abstracta, pero no deja de orientar nuestro razonar. Incluso el más práctico y concreto entre nosotros tiene que apoyarse, en definitiva, en alguna estructura filosófica, salvo que se contente con abandonar sus decisiones morales a sus intuiciones o preferencias viscerales.

Por otra parte, los médicos deben reconocer que los filósofos y las teorías filosóficas han ejercido una poderosa influencia sobre la transformación de la ética médica. No podemos, ni debemos, volver a los tiempos en que la ética médica era definida exclusivamente por los miembros de nuestra profesión. Pero tampoco podemos entregarle la tarea exclusivamente a los filósofos o a los juristas, quienes, al fin y al cabo, aplican su propio aparato conceptual a los problemas que discuten.

Finalmente, los médicos deben estar conscientes de cuáles son los argumentos filosóficos en que se basan sus propios colegas cuando promulgan cambios drásticos en nuestra tradición ética. Algunas de las medidas que actualmente se busca legitimar, por ejemplo: el suicidio con ayuda del médico, la eutanasia voluntaria o incluso la involuntaria, el racionamiento del cuidado médico, la compraventa de órganos para transplantes, el arriendo del útero o de huevos y espermatozoides cuentan, cada una de ellas, con racionalizaciones profundamente enraizadas en algún giro conceptual dentro de la teorización moral.

Quienes piensan que tales cambios en ética médica son dudosos o inaceptables deben ir más allá de una mera afirmación de su discrepancia. No hay correlación directa entre el grado de pasión con que se haga una afirmación y el peso que ella tenga dentro de un debate racional. A los argumentos a favor hay que oponer argumentos en contra. Esto resulta imposible sin una aprehensión de las fuentes filosóficas y de los métodos de razonamiento que muchos colegas están transformando en práctica clínica. Su competencia como médicos no garantiza automáticamente autoridad o rectitud moral.

Me parece que la metamorfosis de la ética médica ha pasado por cuatro etapas que parte han coexistido. La primera fue un largo y tranquilo período en que la tradición hipocrática, enriquecida a lo largo de los siglos por el estoicismo y las tradiciones religiosas, fue entendida como algo dado. Este era el estado de la ética que prevalecía todavía en 1960 cuando comencé a enseñar esta disciplina. El segundo período, que comenzó hacia mediados de la década de los 60, se caracteriza por ser una etapa de investigación filosófica durante la cual las teorías morales basadas en principios comen-

zaron a transformar la ética médica. El tercer período, a cuyo fin estamos llegando en la actualidad, ha habido lo que denominaremos un antiprincipalismo, que consiste en que las teorías morales, que compiten unas con otras, han desafiado la primacía de los principios. El cuarto período, que comienza ahora, es una etapa de crisis en la que los conflictos conceptuales y el escepticismo en filosofía moral, ponen en jaque la idea misma de una ética universal y normativa para la medicina.

Esta es una visión personal de un médico, no de un filósofo, pero de un médico abierto a la reflexión crítica sobre asuntos médicos. Es, además, la visión de un médico fuertemente atraído por los modelos tradicionales y clásicos de la ética normativa. La metáfora “metamorfosis” se usa aquí como un dispositivo eurístico y no se la debe equiparar al modelo biológico que implica un progreso de un estado de larva a la madurez del insecto adulto. Uno de los puntos en disputa es precisamente, en qué consiste la “madurez” en ética médica.

EL PERÍODO DE TRANQUILIDAD: LA ÉTICA HIPOCRÁTICA

El punto de partida del proceso de metamorfosis es el juramento de Hipócrates (que ya tiene 2500 años) y los libros deontológicos o normativos (Preceptos, La Ley, Decorum, El Médico) del corpus hipocrático¹. Desde el punto de vista filosófico, la ética de corpus es un mosaico de preceptos morales formulados en distintos períodos bajo el influjo de la mayor parte de las escuelas de filosofía griega. Se piensa que el juramento es el núcleo más influyente de la ética hipocrática, siendo en gran medida, aunque no exclusivamente, un producto de la filosofía ascética de Pitágoras². Incluye la mayor parte de los preceptos genuinamente morales, como por dañar y confidencialidad, así como las prohibiciones contra el aborto, la eutanasia, la cirugía y las relaciones sexuales con los pacientes. También exhorta al médico a llevar una vida pura, vale decir, virtuosa. Los libros deontológicos, por otra parte, están más cerca de las normas de cortesía que debe seguir un caballero prudente. Esos libros enfatizan las reglas que atañen a la forma de vestirse, los chismes, la reputación, el comportamiento, el aseo personal, la veracidad y la educación del médico. Las influencias estoicas posteriores introdujeron un énfasis en el deber³, la compasión⁴ e incluso en el amor y la amistad⁵ en la relación médico – paciente.

El método para tomar decisiones durante estos 2500 años consistía en juzgar si una determinada conducta se ajustaba o no a esos preceptos. Dentro de la filosofía aristotélica,

socrática o platónica, existen pocos resabios de reglas o de principios para la opción moral en el sentido moderno. Estos filósofos concentraron la atención en las metas globales de la vida moral, por ejemplo en la definición de lo bueno y de lo justo y en el cultivo de las virtudes. Desde esta perspectiva, el método virtuoso es el que está habitualmente dispuesto a actuar en conformidad con las virtudes de la valentía, la moderación o templanza y la justicia; es el que obedece los preceptos morales del juramento hipocrático. La virtud clave es la frónesis, “prudencia” o juicio práctico, mediante el cual el médico es capaz de discernir lo correcto y lo bueno al enfrentar una posición moral determinada.

La medicina y la filosofía griega se fecundaron mutuamente. Sócrates, Platón y Aristóteles hicieron amplio uso de la medicina como instrumento pedagógico, especialmente como modelo para uso moral del conocimiento⁶. En la medicina encontraron una fuente de útiles analogías, como aquella que asimila la salud del cuerpo (medicina) a la del alma (filosofía). Paralelamente, las normas de la salud fueron un modelo para las normas de la vida moral. La identificación entre medicina y filosofía se hizo tan estrecha que los médicos hipocráticos, en un momento dado, tuvieron que definir su independencia enfatizando el carácter empírico del arte médica⁷.

A pesar de la yuxtaposición de medicina y filosofía, la ética del corpus hipocrático no fue objeto de indagación filosófica propiamente tal. Ni Platón, Aristóteles o, más tarde, los estoicos, escribieron jamás algún tratado dedicado específicamente a la ética del médico. Esto vale incluso para el período helenístico, vale decir, el período posterior a Alejandro Magno, cuando las escuelas filosóficas más importantes ejercieron un fuerte influjo sobre las teorías médicas de la enfermedad y la salud⁸.

Los filósofos antiguos y modernos han escrito, por cierto, sobre los problemas morales fundamentales como el aborto, la eutanasia, el suicidio, la muerte y el infanticidio, asuntos que hoy caerían bajo el rubro de ética biomédica, tal como ahora se emplea este término. Sin embargo, la ética de la relación médico – paciente, ese eje sobre el cual giran las decisiones del médico y el bienestar del paciente, no fue justificada sistemáticamente ni inferida en un sentido formal.

Incluso aquellos médicos que también fueron filósofos, con Alemeón y Empédocles en la antigüedad o John Locke y William James en épocas más recientes, dijeron muy poco acerca de la ética de la profesión para la cual fueron formados. Karl Jaspers dedicó dos ensayos informales a la relación médico – paciente, pero no escribió ningún

estudio propiamente moral de ética médica⁹.

No es éste el lugar apropiado para describir las modificaciones históricas que sufrió la ética hipocrática cuando entró en contacto con las grandes tradiciones religiosas¹⁰. Con la excepción de algunas modificaciones menores para eliminar las huellas de su origen pagano, la ética hipocrática permaneció esencialmente intacta en los escritos de algunos médicos influyentes, como Percival¹¹ o Gregory¹² en Inglaterra y Hooker¹³ en Estados Unidos. Los textos hipocráticos fundamentales fueron mezclados con nociones estoicas de deber y virtud, con elementos congruentes de las escrituras y enseñanzas judías y cristianas, y con el principio *noblese oblige* de la actitud caballeresca. Tal es la síntesis que dio forma al primer código de ética de la Asociación Médica Americana (de los Estados Unidos de Norteamérica) en 1847. Si bien algunos elementos de esa síntesis fueron progresivamente atenuados en las versiones posteriores de dicho código, ella siguió siendo el trasfondo moral con referencia al cual la mayor parte de los médicos norteamericanos y británicos tomaban, y aún toman, sus decisiones morales.

Este mosaico de diferentes componentes filosóficos, que en gran parte estaba todavía intacto cuando empecé a enseñar ética médica, constituía el ancla moral de nuestra profesión. Estos elementos comenzaron a ser cuestionados hacia la mitad de la década de los 60 como parte del trastorno general de los valores morales en EEUU, generado por una serie de cambios sociales: mejor nivel de educación; expansión de la participación democrática debido a los movimientos en pro de los derechos civiles, pro feministas y al activismo de los consumidores; declinación de los valores compartidos por la comunidad; acentuación del énfasis en los diferentes orígenes étnicos y generalizada desconfianza con respecto a autoridades e instituciones de todo tipo. Por otra parte, el carácter de la medicina misma sufrió cambios, fragmentación, institucionalización y despersonalización del cuidado de la salud. A la vez, el número y la complejidad de los problemas de ética médica crecieron a medida que la capacidad de la tecnología médica iba presentando nuevos desafíos para los valores tradicionales.

El resultado neto fue que surgieron dudas acerca de los fundamentos morales tradicionales de la sociedad en general y de la medicina en particular, creándose así una demanda de modelos alternativos para la enseñanza y la práctica de la ética médica. De este modo se abrió un camino para la indagación filosófica porque los objetos de debate eran, en definitiva, problemas de valores morales. Estos son los problemas permanentes que los filósofos han abordado desde siempre.

EL PERÍODO DE LOS PRINCIPIOS

Debido a la erosión de la síntesis hipocrática, muchos médicos trataron de orientarse a partir de las decisiones de los tribunales y de la legislación. Algunos perdieron completamente la confianza en la ética como guía confiable para tomar decisiones morales. La mayoría, sin embargo, reconoció el peligro de confundir el derecho o la economía con la ética y de reducir la ética profesional a una mera opinión personal. Se dirigieron entonces a los filósofos, que en ese momento comenzaba a escribir y hablar sobre los problemas de ética médica. La filosofía moral ofrecía una manera sistemática y relativamente objetiva para abordar los dilemas éticos. Su rigor analítico le resultaba atractivo a los profesores de ramos clínicos, que tomaban conciencia de la creciente complejidad de los dilemas, que deseaban enseñar ética médica en forma eficaz dentro de una sociedad pluralista. El hecho de que la ética filosófica carecía de compromisos de fe hacía, precisamente, que resultara adecuada ante la heterogeneidad de los profesores y de los alumnos en las escuelas de medicina.

Los filósofos aportaban a la ética médica una gama de tradiciones morales bastante conocidas. Por lo general, se trataba de alguna variante de una ética deontológica o consecuencialista, ya sea de actos o de reglas. (*N del T*: Una ética es deontológica si considera que un acto es moralmente correcto porque consiste en cumplir con un deber; una ética es consecuencialista de actos si considera que un acto es moralmente correcto porque sus consecuencias son buenas; una ética es consecuencialista de reglas si considera que un acto es moralmente correcto porque se ajusta a una regla, que a su vez es correcta si el hecho de ser obedecida tiene buenas consecuencias). Después de un breve lapso, la teoría de principios *prima facie* desarrollada por Ross pasó a ser la manera predominante de “hacer” ética¹⁴. (*N del T*: Ross sostiene que intuitivamente sabemos “a primera vista” que algo es nuestro deber por ejemplo, un pediatra sabe que tiene el deber de visitar a un paciente que prometió visitar, pero que la reflexión posterior puede mostrar que hay un conflicto de deberes y lo que era deber “a primera vista” deja de serlo si el pediatra inesperadamente tiene que atender a un enfermo de urgencia). Este modo de hacer ética fue eficazmente adaptado a la ética médica por Beauchamp y Childress en Principios de Ética Biomédica¹⁵. Beauchamp y Childress reconocieron que había importantes obstáculos para lograr un consenso acerca de las cuestiones más importantes de la ética: la naturaleza de lo bueno, las fuentes últimas de la moralidad y el *status* epistemológico del conocimiento moral. Para evitar estos problemas, siguieron a Ross y apelaron a principios que, a primera vista, siempre habría que respetar, salvo que

exista una poderosa razón en contra que justifique el desviarse de ellos. Dentro de esta categoría de principios *prima facie*, escogieron aquellos que eran particularmente apropiados para la ética médica: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Estas cuatro ideas fundamentales tienen la ventaja de ser compatibles tanto con las teorías deontológicas como con las consecuencialistas e incluso con ciertos aspectos de las teorías de la virtud (*N de T*: Una ética está basada en la virtud si considera que un acto es moralmente correcto cuando procede de una disposición estable del carácter del agente llamada “virtud” que determina, en el caso concreto, lo moralmente lícito. Esta forma de entender la ética se remonta a Aristóteles). Ellos pronto fueron aplicados por los especialistas en ética médica a la resolución de dilemas éticos y adoptados por los profesionales de la salud. Para la práctica clínica, este esquema de cuatro principios era atractivo por varias razones. En primer término, prometía reducir en alguna medida la vaguedad y subjetividad que era típica de muchos debates que surgían cuando se cuestionaba la ética hipocrática como última palabra. Además, proveía orientaciones bastante específicas para actuar. También ofrecía una manera ordenada de “elaborar” un problema ético de un modo análogo a la elaboración clínica de un diagnóstico o de un problema terapéutico. Finalmente, los cuatro principios soslayaban una confrontación directa con ciertos problemas, tan inabordables y causantes de disensiones, como el aborto, la eutanasia, y una cantidad de otros problemas donde el consenso parecía imposible de lograrse.

Dos de los principios *prima facie*, beneficencia y no maleficencia, eran idénticos a las obligaciones hipocráticas de actuar siempre teniendo en cuenta el bien del paciente y de evitar hacer daño (*primun non nocere*). Por otra parte, los otros dos, autonomía y justicia, eran nuevos y en cierto sentido parecían ir en contra de la ética tradicional. El principio de autonomía, por ejemplo, contradecía los tradicionales autoritarismo y paternalismo de la ética hipocrática, que no dejaba espacio a la participación del paciente en las decisiones clínicas. Los médicos modernos han tenido enormes dificultades con este principio pues a menudo se lo interpreta, erróneamente, como si se opusiera a la beneficencia¹⁶. Sólo en estos últimos tiempos los médicos han aceptado el principio de autonomía, en gran parte porque es esencial para el consentimiento informado. La autonomía es también afinamiento informado. La autonomía es también afín al temperamento individualista de la vida norteamericana con su énfasis en la privacidad y la autodeterminación. Esta es una de las poderosas fuerzas sociales que han impulsado la metamorfosis de la ética médica. Muchos profesionales que se dedican a la práctica clínica, sin embargo, no están del todo convencidos de la legitimidad de la autonomía como principio primario. Mu-

chos temen que su absolutización podría llegar a desplazar el buen juicio médico, a estimular un desapego moral por parte del médico e, incluso, a volverse en contra del bien del paciente.

De los cuatro principios, el principio de justicia es el más remoto a la ética médica tradicional. A pesar de lo prominente que es en la filosofía de Platón y de Aristóteles, la justicia no es objeto de especial atención en la ética hipocrática. Ésta se centraba en el bien de cada paciente y no en el bien de la sociedad. Históricamente, la justicia entró en la ética médica mucho después, por lo general en relación con los deberes forenses del médico. En estos últimos años, la justicia ha entrado en la ética médica con más fuerza en la medida en que se han hecho manifiestas grandes disparidades en la distribución del cuidado de la salud. A diario aumenta la posibilidad de que los médicos se transformen más en agentes de metas fiscales o sociales que en agentes cuya responsabilidad es cada paciente. El actuar como “guardabarreras” – como la persona que determina quién pasa y quién no -, o de “racionador” – como quien reparte raciones en casos de racionamiento -, plantea un preocupante conflicto de obligaciones a los médicos con mentalidad más tradicional. Pese a todo, la compleja teoría contractual de la justicia de Rawls, con su ordenamiento jerárquico de las obligaciones y principios de justicia distributiva, ha puesto a la justicia claramente en el punto más avanzado de la ética médica¹⁷.

La doctrina de los cuatro principios ha sido enseñada a cientos de profesionales de la salud durante el curso intensivo de Bioética, dictado anualmente por los profesores del Instituto Kennedy de Ética de la Universidad de Georgetown. Con doscientos o más graduados de él cada año, este curso ha ejercido vasta influencia sobre los profesionales de la salud y los eticistas que enseñan en escuelas de medicina o trabajan como consultores en ambientes de práctica clínica. Muchos profesionales más jóvenes han aprendido ética bajo la dirección de los graduados del Instituto, que, a su vez, ahora dirigen centros de bioética. La tradición de cuatro principios ha sido aceptada por círculos tan extensos que algunos de sus críticos más inflexibles la llaman “mantra”, con la implicación de que a menudo se los aplica automáticamente y sin una base moral seria¹⁸.

Los autores de la doctrina de los cuatro principios estaban, por cierto, conscientes de las limitaciones del sistema de obligaciones *prima facie* de Ross, en especial de las dificultades que hay que enfrentar al aplicar cualquier conjunto de principios abstractos a casos particulares, y al tratar de reducir los conflictos entre los principios *prima facie*, o de dentro de un mismo principio, si no se dispone de un ordenamiento jerárquico de los principios mismos. La vaga solución de Ross, que consiste en optar por el acto que hace

prevalecer lo recto sobre lo incorrecto, es realmente una petición de principio. Se necesita aún un principio que permita determinar si lo que prevalece es lo apropiado.

Para superar estas limitaciones, Beauchamp y Childress propusieron cuatro condiciones que habría que satisfacer para justificar la transgresión de un principio o de una obligación *prima facie*: el objeto moral al que se apunta debe ser realista; no se dispone de ninguna alternativa moralmente preferible; se debe buscar la transgresión más pequeña y, finalmente, el agente debe tomar medidas para minimizar los efectos de la transgresión. De este modo, estos autores esperaban navegar entre los escollos del absolutismo de los principios, por un lado, y el relativismo de la ética situacional, por el otro, (*N del T*: La ética situacional sostiene que no hay principios morales generales y que el agente debe decidir en cada caso conforme a las condiciones particulares en que se encuentra). Estas orientaciones son útiles, pero no logran erradicar las limitaciones inherentes a todo el conjunto de principios *prima facie* que no está ordenado jerárquicamente. (*N del T*: Un conjunto de principios está jerarquizado si se establece un orden entre ellos, de modo que los requerimientos del superior deben ser satisfechos antes que los de uno inferior. Por ejemplo, si salvar una vida está ordenado jerárquicamente sobre el principio de autonomía, entonces el médico tiene la obligación de salvar la vida de un paciente no terminal por sobre los deseos del paciente de que lo dejen morir).

EL PERÍODO DE ANTIPRINCIPALISMO

Las limitaciones del principialismo fueron objeto de serias críticas por parte de Brody¹⁹, quien sostuvo que los cuatro principios están a un nivel intermedio y que por tanto necesitan justificación racional y una fundamentación más firme en algunas de las grandes tradiciones morales. Clouser y Gert lamentaban la falta de una teoría moral unificada que pudiese vincular los principios entre sí y fundamentos conceptualmente. Si la teoría existiese, los principios serían necesarios. Holmes²⁰, tal como lo había hecho antes MacInyre²¹, sostiene que la ética filosófica misma es de escaso valor. Pide una “sabiduría moral”, algo para lo cual la filosofía no está preparada. Gultafson²² arguye que la filosofía es un instrumento inadecuado para enfrentar el amplio campo de la ética médica. Él pide que se incorporen al discurso moral elementos proféticos, narrativa y consideraciones de políticas públicas. Tales elementos, sostiene, son más adecuados para resolver los problemas morales claves de los principios.

Muchas otras críticas a los cuatro principios provienen de fuera de la comunidad filosófica. Los principios, se dice, son demasiado abstractos, demasiado racionalistas, dema-

siado distantes del ambiente psicológico en que de hecho se toman las decisiones morales. Los principios hacen caso omiso del carácter de la persona, de la historia de su vida, de su trasfondo cultural, de su sexo. Los principios suponen una perfección técnica en las decisiones morales que no se cumple debido al carácter psicológicamente único de cada agente moral y de cada acto. Se han propuesto distintos remedios para reemplazar, complementar o suplementar los principios *prima facie*. Engelhardt²³, por ejemplo, coloca la autonomía en el primer orden de prioridad, por encima de la beneficencia. Thomasma y yo²⁴ favorecemos la beneficencia con confianza; otros prefieren la no maleficencia o la justicia. Entre otras opciones o suplementos para las teorías basadas en principios habría que mencionar la ética fundamentada en la virtud, en el cuidado solícito (preocupado y afectuoso), en experiencia o casuística e, incluso, un retorno a las fuentes teológicas y bíblicas como única fundamentación confiable para la ética médica.

El creciente interés por buscar una alternativa para la ética médica basada en principios, indica que la metamorfosis ha sido rápida y profunda, dista mucho de haber llegado a su fin. De qué manera estas teorías van a influir sobre el futuro de la ética médica es algo problemático. Lo que está claro es que, durante la próxima década, los médicos que han adecuado su pensamiento al sistema de los cuatro principios tendrán que discernir el lugar que corresponde a cada alternativa propuesta. Tendrán que decidir si el principalismo puede y debe sobrevivir, en qué forma y en qué medida las opciones de alternativa deben suplementarlo o reemplazarlo.

¿SOBREVIVIRÁN LOS PRINCIPIOS?

Me parece que, en su forma actual, el principalismo no sobrevivirá incólume durante la próxima década. Sin embargo, a pesar de sus limitaciones, no creo que desaparezcan los principios y no lo creo por las siguientes razones. En primer lugar, en cualquier sistema ético hay, implícitamente, "principios", es decir, fuentes fundamentales de las cuales derivamos (y a partir de las cuales justificamos) las pautas para la acción, por ejemplo, los deberes y las reglas. La ética hipocrática, en efecto, estaba basada en la virtud pero el juramento proveía pautas que consistían en reglas y principios específicos. En segundo lugar, cualquier teoría que se presente como alternativa al principalismo tendrá a su vez severas limitaciones. Tercero, la necesidad y utilidad de los principios se hace cada vez más clara en la medida en que tratamos de aplicar otras teorías a los casos concretos. Finalmente, los principios no son intrínsecamente incompatibles con otras teorías. El problema de fondo, tan viejo como la filosofía moral misma, es cómo ir de principios universales a las decisiones morales singulares y luego volver a ellos.

Podemos ilustrar este punto observando tres de las más divulgadas teorías que compiten con el principalismo: virtud, cuidado solícito y casuística. Para el médico cada una de ellas tiene su atractivo y también sus limitaciones.

LAS TEORÍAS BASADAS EN LA VIRTUD

Obviamente, el carácter del agente es crucial desde la perspectiva de la ética médica, puesto que el profesional de la salud es el agente que interpreta y aplica cualquier teoría que se use. La virtud era la teoría implícita y dominante en la ética médica tradicional hasta el comienzo del período de treinta años que estamos considerando. Sin embargo, sería demasiado simplista pretender regresar totalmente a la virtud como base de la ética médica. MacIntyre²⁵ ha mostrado cuán irrecuperable es el consenso metafísico que requieren las teorías basadas en la virtud. La ética de la virtud, por sí sola, no provee pautas suficientemente claras para la acción; es demasiado privada, demasiado susceptible de definiciones personales de la virtud o de la persona virtuosa.

Una teoría de la virtud debería estar anclada en una teoría previa de lo recto y de lo bueno y de una teoría de la naturaleza humana en función de las cuales se puedan definir las virtudes. Requiere además una comunidad de valores que sustenten su práctica. Estoy razonablemente convencido de que la virtud y el carácter formarán parte de cualquier versión fuera de la ética biomédica. Esto requerirá un nexo conceptual con los deberes, las reglas, las consecuencias y la psicología moral dentro de la cual la virtud juega un papel especial²⁶.

LA ÉTICA DEL CUIDADO SOLÍCITO

Una segunda opción que suele atraer a los profesionales de la salud es la ética del “cuidado solícito” debido que es una de las metas en las relaciones médico - paciente²⁷. Quienes adhieren a esta posición sostienen que las mujeres son más cuidadosas y solícitas que los hombres en su modo de enfrentar las decisiones éticas. Se supone que a las mujeres les interesa más la relación que la mera aserción aislada, la reconciliación que ganar una disputa, el apego que el desapego, nutrir que dominar, etc.

Son pocas las personas que podrían o querrían negar la necesidad de tratar el “cuidado solícito” dentro de cualquier teoría comprensiva de la ética médica, pero existen objeciones empíricas y filosóficas a este modelo de razonamiento moral²⁸. Las diferencias entre

los sexos, por ejemplo, pueden estar basadas más en la clase social, la cultura, la imagen de sí mismo y los ideales personales que en la psicología del desarrollo de Freud o de Kohlberg²⁹. Las diferencias entre los dos sexos y sus contribuciones a la ética médica obviamente habría que incorporarlas a cualquier ética biomédica del futuro, pero el “cuidado solícito” está sujeto a tal variedad de interpretaciones que él también necesita estar fundado sobre un principio o una regla para construir una pauta confiable al momento de tomar decisiones morales específicas. La psicología moral es una ayuda, pero no puede reemplazar los principios éticos.

LA CASUÍSTICA

Una tercera opción que resulta muy atractiva en el contexto clínico, por concentrarse en casos concretos y singulares, es el resurgimiento de la casuística³⁰. La práctica de la casuística consiste en buscar casos que son ejemplos obvios de un principio (es decir, casos con respecto a los cuales existe consenso generalizado o total) para luego desplazarse de los casos claros a los más dudosos, ordenándolos por paradigma y por analogía bajo algún principio. La casuística, por lo tanto, no elimina los principios, ni es incompatible con ellos. Sólo es incompatible con su absolutización.

Los casuístas tratan de evitar el enfrentamiento con el pluralismo moral de la sociedad contemporánea. Pero la casuística es un producto de la cultura de la edad media, cuando existía consenso acerca de ciertos principios (el decálogo, por ejemplo). Cuando ese consenso no existe, cuando es la perspectiva de una sociedad dada la que define lo que se debe considerar dilema o caso paradigmático, la casuística choca con dificultades. En la teología moral católica, la casuística funcionaba dentro de un contexto común de fe en Dios, de un destino de la humanidad, de la aceptación del principio de doble efecto, de totalidad, y de una teoría de probabilismo³¹. Este consenso no existe, ni siquiera entre los católicos, en la moralmente heterogénea sociedad (norteamericana) actual. La casuística puede funcionar como método para el análisis de casos particulares, pero no provee una pauta confiable ni en la teoría ni en la práctica moral.

EL PERÍODO DE CRISIS – EL FUTURO INMEDIATO

Resulta claro que las alternativas que se han propuesto frente al principalismo pueden enriquecer cualquier teoría de ética médica. Ninguna de ellas es independiente de los principios, reglas u obligaciones, sin los cuales sucumbirían a las debilidades del

subjetivismo y del relativismo. Lo que necesitamos es una infraestructura filosófica comprensiva que sostenga la ética médica, que sea capaz de ligar las grandes tradiciones morales con los principios y reglas, y también con el nuevo énfasis en la psicología moral. Esto requiere mucho más que un eclecticismo afable.

La elaboración de una nueva infraestructura resultará sumamente complicada debido al deplorable estado en que se encuentran la filosofía y la ética contemporáneas. En ambas se detecta una fuerte dosis de nihilismo y de escepticismo. En filosofía, por ejemplo, Rorty³² niega tanto la posibilidad de llegar a algún tipo de verdad por métodos filosóficos como la relevancia de cualquier teoría de la realidad. Derrida³³ también niega que haya verdad, sólo hay apariencia de verdad y palabras a las cuales imputamos cualquier significado que puedan tener para nosotros. Williams³⁴ tiene la misma visión escéptica de la ética y de la responsabilidad moral. Estos autores demuelen simultáneamente la filosofía, la teología y la ética, capitulando de lleno ante el legado de Nietzsche. Para éste, la idea de una verdad única era una ilusión: sólo somos capaces de discutir múltiples verdades vistas desde perspectivas inconmensurables³⁵.

Este relativismo radical se ve reforzado por el surgimiento global de la idea de hegemonía cultural en la moralidad. Según esta posición, la ética médica, que ha reemplazado a la ética hipocrática, es un producto occidental e incompatible por diversas razones con otras culturas, especialmente en lo que se refiere a la autonomía. En la medida en que la versión occidental de la ética entre en contacto con otras culturas, cabe esperar que se definirán mejor los puntos de conflicto y de acuerdo³⁶. Pese a todo, hay mayor esperanza en que se llegue a una mejor fundamentación de los principios, reglas, virtudes y psicología moral en la ética médica que en cualquier otro dominio de la ética. Dicha esperanza radica en la universalidad del fenómeno de la enfermedad y la curación, y en las metas a mediano y largo plazo de la medicina misma. En otro trabajo³⁷ he sugerido, por ejemplo, que es posible preservar las ventajas del sistema de cuatro principios e incluso que se les puede dar un orden jerárquico, si esos principios se fundan en la realidad de la relación médico – paciente. Por muy deplorable que sea el estado de la filosofía posmodernista, “la gente común” entre ellos pacientes y médicos, se seguirán preguntando: “¿Qué es lo recto de lo bueno en este caso? ¿Cuál es el bien del paciente? ¿Qué tipos de acción conducen a dicho bien?”³⁸. Ninguna persona que tenga que tomar decisiones morales prácticas puede sustraerse a estas preguntas, ni siquiera aquellos filósofos profesionales que son escépticos o nihilistas. No hay ateos en las trincheras, y no hay pacientes (ni siquiera si son moralistas ellos mismos) que sean realmente nihilistas cuando su propia salud o su propio bienestar están en juego.

Un desarrollo reciente que permite obtener la requerida verificación con respecto a la realidad es el surgimiento de la bioética clínica³⁹. Se trata de un campo que todavía no se ha definido del todo pero que aborda las realidades de las opciones morales que enfrentan día a día los profesionales de la salud. Si bien no es un sustituto para una sólida ética filosófica, la bioética clínica provee la investigación empírica y las valoraciones que toda teoría ética necesita si no desea legitimar prácticas que distorsionan la realidad de la relación médico – paciente tal como ésta se da de hecho.

La ética clínica se hace preguntas como éstas: “¿Es real la pendiente resbaladiza?” (*N del T*: Se suele llamar así a un tipo de argumentación que sostiene que existe una tendencia a dar pasos sucesivos de legitimación moral que conducen a casos intuitivamente inmorales. Se dice, por ejemplo, que si acepta la eutanasia voluntaria, vale decir, la eutanasia deseada por el paciente, luego se aceptará la eutanasia de pacientes incompetentes y de ello se llegará finalmente a la eutanasia involuntaria). “¿Qué impacto psicológico ejerce sobre médicos y pacientes una sociedad que condona la eutanasia?” “¿Qué valores morales predominarían si los médicos estuviesen a cargo de decidir si tratar o no a un paciente sobre la base de consideraciones económicas?” “¿Cautela siempre la autonomía los intereses del paciente?”. Estas preguntas pueden ser respondidas si se aplican métodos adecuados. Ellas imponen restricciones esenciales a las despreocupadas aserciones que vuelan libremente de un lado para otro en los debates éticos entre médicos, filósofos y público en general.

No está en absoluto claro a dónde irá a desembocar la continua metamorfosis de la ética médica en los próximos años, dado el estado problemático en que se encuentran la filosofía y la ética misma. Tanto los médicos como los demás profesionales de la salud deberán familiarizarse con los giros de la filosofía moral contemporánea, si quieren influir sobre la reestructuración de la ética de su profesión. Un continuo diálogo con los filósofos morales es un requisito necesario para lograr que los médicos no pierdan los beneficios del análisis riguroso y crítico para sus propias decisiones morales. A su vez, los médicos pueden proveer, a los filósofos actuales nihilistas o escépticos, un reencuentro con la realidad. La ética médica es demasiado antigua y demasiado esencial para las vidas de los médicos, los pacientes y la sociedad como para abandonarla totalmente a las azarosas vicisitudes de las modas filosóficas o a las aserciones infundadas por los médicos.

REFERENCIAS

- ¹ *La edición fundamental, en griego y francés, es la de E. Litré, Oeuvres Complètes d'Hippocrates, París, 1839 – 1861. Existe una edición en griego e inglés en cuatro volúmenes (hay un quinto y sexto volumen en preparación). Hippocrates, Loch Classical Library, Cambridge M.A.: Harvard University Press (reimpresiones 1972, 1981). La Biblioteca Clásica Gredos de Madrid ha publicado recientemente en traducción española cinco volúmenes de Tratados Hipocráticos con introducción general de C. García Gual.*
- ² *Carrick P: Medical Ethics in Antiquity. Dordrecht: Reidel, 1985, p. 163.*
- ³ *Cicero: De Officiis. Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 1975 (Cf. Cicerón, De los deberes, México: UNAM; 1963).*
- ⁴ *Pellegrino E, Pellegrino A: Humanism and ethics in Roman medicine: translation and commentary on a text of Scribonius Largus. Lit Med 1988; 7:22 – 38.*
- ⁵ *Séneca: Cf. Cicero, de Officiis, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1975, pp. 1-6.*
- ⁶ *Jaeger W: Paideia. The Ideals Of Greek Culture. New York: Oxford University Press, 1945, Vol. 3, pp. 3-45 (hay traducción al castellano publicado por el Fondo de Cultura Económica, México).*
- ⁷ *Hippocrates: The art in Hippocrates. Vol. 2, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981, pp 185-217 (Sobre la ciencia médica en Vol. 1. Tratados Hipocráticos. Madrid: Gredos).*
- ⁸ *Moon R: Hippocrates and His Successors in Relation to the Philosophy of Their Time. New York: Longmans 1923, pp. 91 – 162.*
- ⁹ *Jaspers K: Philosophy and the World: Selected Essays and Lectures. Chicago: Regnery Gateway, 1963, pp. 153-167.*
- ¹⁰ *Temkin O: Hippocrates in a World Of Pagans and Christians. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.*
- ¹¹ *Percival T: Medical Ethics. London: S. Russell, 1803.*

¹² Gregory J: *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*. London: Strahan and Cadell, 1772.

¹³ Hooker W: *Physician and the Patient, or a Practical View of the Mutual Duties, Relations, and Interests of the Medical Profession and the Community*. Reimpresión New York: Amo Press, 1972.

¹⁴ Ross W: *The Right and the Good*. Indianapolis: Hackett, 1988 (primera edición Oxford, 1930).

¹⁵ Beauchamp T, Childress J: *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd Ed. New York: Oxford University Press, 1989.

¹⁶ Beauchamp T, Mc Cullough L: *Medical Ethics. The Moral Responsibilities of Physicians*. Englewood Cliffs: Prentice —all, 1984, pp. 22-51.

¹⁷ Rawls J: *A Theory of Justice*, Cambridge, M.A: Harvard University Press, 1971, pp. 303-303 (hay traducción al español publicada por el Fondo de Cultura Económica. La versión es defectuosa y resulta inadecuada para un estudio serio de Rawls. N Del T.)

¹⁸ Clouser K, Gert B.: *A critique of principlialism*, *J. Med Phil* 1990; 15: 219-236.

¹⁹ Brody B: *Philosophical critique of bioethics*, *J. Med Phil* 1990; 15: 161 – 178.

²⁰ *Ibid.* pp 143 – 160.

²¹ MacIntyre: *A crisis in moral philosophy: why is the search for foundations so frustating?* en Engelhardt H., Callahan D. (eds.) *Knowing and Valuing*. Hastings on – Hudson: Hastings Center, 1980, pp. 18 – 43.

²² Cf. n. 19, pp, 125 – 142.

²³ Engelhardt H: *The foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1986; Engelhardt H, Rie M: *Morality for the medical – industrial complex: a code of ethics for the massmarketing of health care*. *New Engl. J. Med* 1988; 1086 – 1089.

²⁴ Pellegrino E, Thomasma D: *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in health Care*. New York: Oxford University Press, 1988.

²⁵ MacIntyre A: *After Virtue*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981 (hay traducción española bajo el título *En Pos de la Virtud*).

²⁶ MacIntyre A: *Three Rival Versions of Moral Inquiry*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1990, pp. 139.

²⁷ Nelson H: *Against caring* *J. Clin Ethics* 3 (1992): 8. 15, Gilligan C: *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, M.A: Harvard University Press, 1984.

²⁸ Noddings N. *Caring: A Femenine Approach to Ethcis and Moral Educations*. Berkerly: University of California Press, 1984. Callahan S: *In Good Conscience: Reason and Emotion in Moral Decision – Making*. San Francisco: Harper – Collins, 1991, Véase también el artículo citado en la nota 27.

²⁹ Flanagan O: *Varieties of Moral Personality: Ethics and Psychological Realism*. Cambridge, M.A: Harvard University Press, 1991. Cf. El libro de C. Gilligan citado en la nota 27.

³⁰ Jansen A, Toulmin S: *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press, 1988.

³¹ Wildes K: *The priesthood of bioethics and the return of casuistry*. *J. Med Phil.* En prensa.

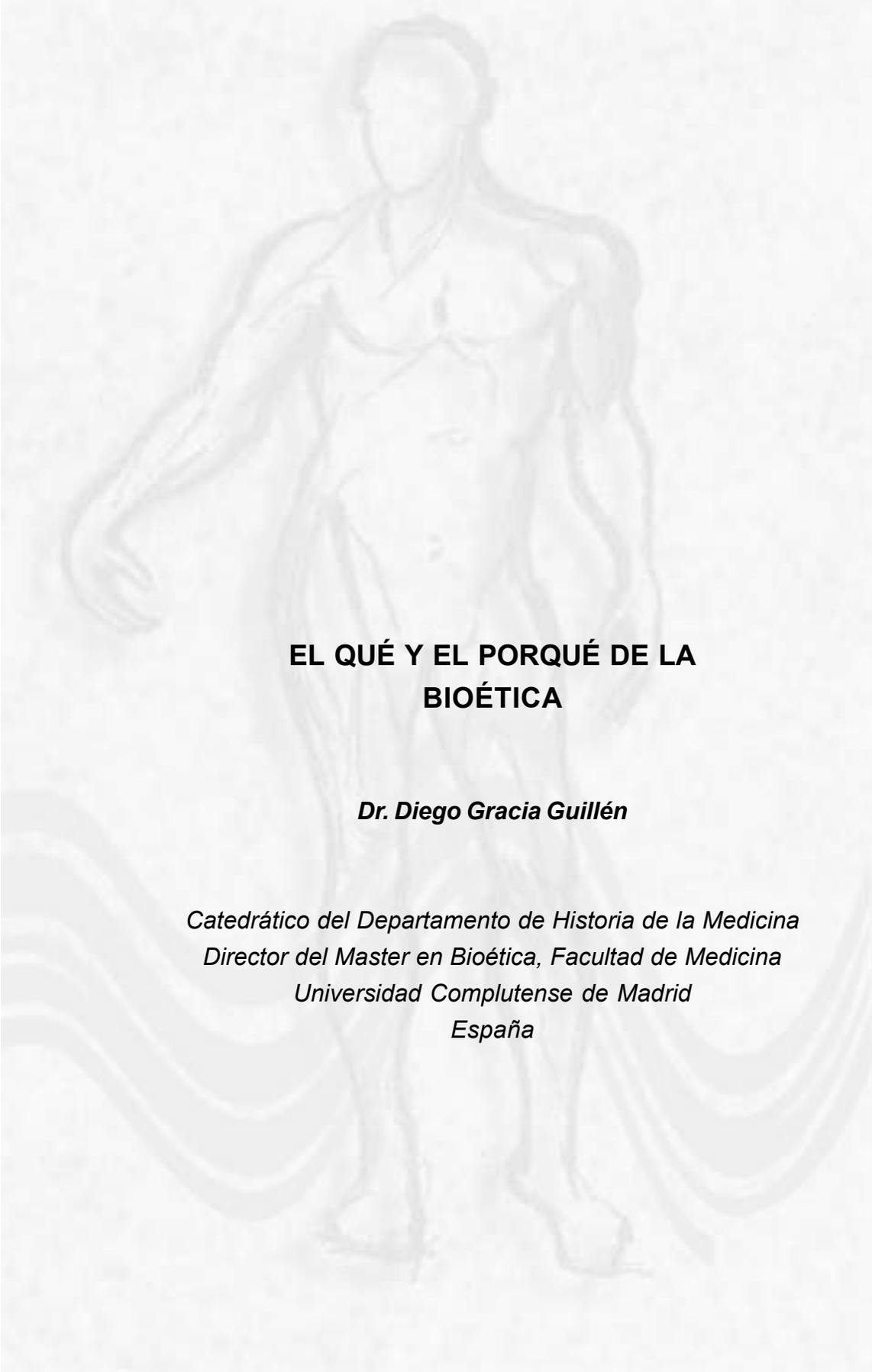
³² Rorty R: *Philosophy and the Mirror of Nature*. Princeton: Princeton University Press, 1979.

³³ Madison G: *Coping with Nietzsche's legacy – Rorty, Derrida, Gadamer*: *Phil Today* 1992: 3 – 19.

³⁷ Pellegrino E: *The Four principles and the doctor – patient relationship*, en Gillon R (ed.): *The principles of Health Care Ethics*. London: Wiley and Sons, en prensa.

³⁸ MacIntyre A: *Plain persons and moral philosophy: rules, virtues and goods*, *American Catholic Philosophical Quarterly* 1992; 1 – 19.

³⁹ Pelegrino E., Siegler M., Singer P.: *Future directions in clinical ethics*. *J. Clin Ethics* 1991; 2: 5 – 9.



**EL QUÉ Y EL PORQUÉ DE LA
BIOÉTICA**

Dr. Diego Gracia Guillén

*Catedrático del Departamento de Historia de la Medicina
Director del Master en Bioética, Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
España*

Hace escasos meses publicaba Warren T. Reich (1) un artículo en la Revista del Instituto Kennedy de Bioética, relatando los avatares del nacimiento de la palabra “bioética”. El estudio parece confirmar que el término fue utilizado por primera vez por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter, y reconstruye de modo muy interesante lo que sufrió en los siguientes años, hasta convertirse en palabra de uso general. A la generalización de este vocablo no fue ajena la propia obra de Warren T. Reich, quien entre 1971 y 1978 involucró a un número impresionante de personas, 285, en la primera gran tarea colaborativa internacional que se llevó a cabo en el campo de la bioética, la publicación de la Enciclopedia of Bioethics (2).

I. BIOÉTICA: HECHOS Y VALORES

Pero lo importante no es tanto eso, sino el modo como Potter definió la bioética. He aquí cómo lo exponía el propio Potter años después:

La Bioética fue proyectada como una nueva disciplina que combinara el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos (...) Elegí “bio” para representar al conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivientes, y elegí “ética” para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos (3).

Potter entendía la bioética como una nueva cultura, como el encuentro necesario entre los hechos, tal como hoy los plantea las ciencias, y en especial las ciencias de la vida y los valores, o si se quiere, entre las Ciencias y las Humanidades. Potter entendió la bioética como un nuevo paradigma intelectual y cultural, consistente en la confrontación entre hechos y valores. Kant escribió en la Crítica de la Razón Pura una frase que se ha hecho justamente célebre: “Los pensamientos sin contenidos son vacíos; las intuiciones sin conceptos son ciegas” (4). Pues bien, de modo similar cabe decir que los hechos de la nueva ciencia biológica sin valores son ciegos; y los valores sin hechos, resultan vacíos. Es necesaria una nueva interfecundación de unos por otros. De ello depende el futuro de nuestra cultura y quizás de nuestra sociedad. No es un azar que el propio Potter, un tanto desengañado por los derrotados, excesivamente médicos, de la bioética en los años setenta y ochenta, haya acuñado otro término feliz. Global Ethics, que en su opinión expresa mejor que el anterior su verdadero pensamiento.

A partir de aquí cobra todo su sentido de definición de la bioética como el proceso de contrastación de los hechos biológicos con los valores humanos, a fin de globalizar los juicios sobre las situaciones y de esa forma mejorar la toma de decisiones, incrementando su corrección y su calidad. Una área particular dentro de la bioética sería la bioética sanitaria o bioética clínica, que en consecuencia se podría definir como la inclusión de los valores en la toma de decisiones sanitarias, a fin de aumentar su corrección y su calidad.

El grave problema de este tipo de planteamiento está en la definición de qué son los valores. Setenta años antes, en 1923, Ortega y Gasset publicaba un artículo con este mismo título “¿Qué son los valores?”. Y casi al comienzo de su texto, los define como “una sutil casta de objetividad” (5). Los valores son, cuando menos, realidades en extremo sutiles, tanto que resultan casi evanescentes. Por eso merece la pena que nos detengamos brevemente en su caracterización.

Los valores parecen evanescentes por comparación con otras realidades que al hombre le resultan más evidentes y fiables. Esas realidades son las que tradicionalmente se han denominado hechos. Pocas cosas más difíciles que definir con precisión qué son hechos. Es uno de los capítulos fundamentales de la llamada Filosofía de la ciencia. Pero más allá o más acá de toda retórica, el concepto de hecho es extremadamente simple. Hecho es todo aquello que, directa o indirectamente, se percibe por los sentidos. Es un hecho que la página sobre la que escribo es de color blanco, o que la bombilla del semáforo tiene color verde. Podrá suceder que para el daltónico es también un hecho que la luz del semáforo es gris. Lo que necesitará una explicación es por qué él percibe como gris lo que yo veo como rojo o verde. Pero esa es una cuestión ulterior. De lo que no hay duda es de que yo percibo una luz como roja y él como verde. Los hechos son inobjectables, precisamente porque tienen la evidencia propia de la percepción. Podrá ser un error el atribuir a la cosa los caracteres de mi aprehensión de ella. Pero de lo que hay duda es de lo aprehendido en tanto que aprehendido. Los hechos son datos perceptivos, en tanto que tales irrefutables.

Ciertamente, no todo lo que hacen pasar por hechos son hechos en el sentido citado. Por ejemplo, la ciencia se construye a partir de hechos de ese tipo, pero no consiste en ellos. Es claro que la teoría de los colores parte de nuestra percepción de ellos. Pero lo que la teoría de los colores pretende no es constatar o describir el hecho, dado que es evidente, sino explicar por qué hay distintos colores, o por qué unos ven gris lo que otros ven rojo. La ciencia explica, a partir de los hechos primarios de la percepción, lo que es

la realidad allende ella. De lo que se trata es de saber qué hay en las cosas que permite nuestra percepción diferencial de los colores. La ciencia física elaborará para ello ciertas teorías, como la de la existencia de rayos de diferentes longitudes de onda y frecuencia. Ya no se trata de un hecho, sino de una teoría, cuyo objetivo es explicar por qué los hechos perceptivos son como son. La ciencia trata con hechos, pero para elaborar a partir de ellos teorías explicativas. Y estas teorías ya no tienen evidencia ni la contundencia de los hechos. Tal es la razón de que los filósofos de la ciencia sean tremendamente escépticos ante los llamados hechos científicos. Bien se podría decir que si son hechos, no son científicos, y que si son científicos, no son hechos. La ciencia no está compuesta de hechos sino de construcciones intelectuales sobre los hechos, es decir, de hipótesis, teorías, etc. Ciertamente que a este nivel se sigue hablando, en el lenguaje común, de hechos, pero ello se debe a una pura licencia de lenguaje (6).

Hecho, por consiguiente, tiene dos sentidos, uno amplio y otro estricto. Pues bien, los valores no son hechos en ninguno de ambos sentidos. Además de hechos, hay valores. Y si los hechos tenían la característica de ser datos de percepción (sentido estricto) o construcciones intelectuales basadas directamente sobre datos perceptivos (sentido amplio), los valores tienen la peculiaridad de no ser directamente perceptivos. Se perciben los objetos, por ejemplo, las mesas, pero no podemos decir que percibamos los valores, por ejemplo, el valor de un cuadro. Una cosa es percibir los colores, las formas, etc., y otra muy distinta percibir el valor estético del cuadro. Es verdad que a veces, por otra licencia de lenguaje, decimos que percibimos la belleza de un cuadro o de una mujer. Pero en realidad no percibimos la belleza, sino que la estimamos. Sobre el dato de percepción montamos otro, que usualmente denominamos estimación, preferencia o valoración. Los valores no se perciben, se estiman. El artículo de Ortega y Gasset antes citado, "¿Qué son los valores?", lleva este primer título "Introducción a una estimativa". La estimación es una facultad psicológica distinta de la percepción. Una cosa es percibir y otra estimar. Ciertamente, no hay estimación sin percepción. Como también es cierto que no hay percepción sin estimación. La estimación es absolutamente necesaria en nuestra vida. Nadie puede vivir sin estimar. Es más, nuestras decisiones más importantes no dependen tanto de los hechos cuanto de los valores. Piénsese, por ejemplo, en el fenómeno del enamoramiento. Todo el mundo percibe de modo muy similar los rasgos de una mujer. Pero ciertas personas pueden estimarlo hasta el punto de quedar prendados de ella, y otros no. Uno se enamora de la belleza, de la bondad, o del dinero de una persona, es decir, de sus valores. Pero todos ellos son valores. El más elemental es, por supuesto, el económico. Pero no por ello deja de ser un valor. Todas las cosas son sujetos de valoración económica, es decir, todos son sujetos de aprecio o despre-

cio, y por tanto tienen precio. Y el precio no es un hecho, sino un valor, resultado del proceso de estimación.

No es mi objeto en este trabajo elaborar toda una completa teoría de los valores. Se ha hecho ya mil veces y existen excelentes exposiciones en lengua española al alcance de cualquiera (7). Lo único que me interesaba era aclarar brevemente el sentido de la afirmación de Potter de que la bioética es el intento de confrontación de los nuevos hechos de las ciencias biomédicas con los valores propiamente humanos, con el objeto de interfecundar la Ciencia con las Humanidades y así hacer posibles una visión global y omnicompreensiva de los problemas.

II. VALORES Y DEBERES *PRIMA FACIE*

Pero la originalidad de la bioética no acaba ahí. En 1970, Potter creó el término y le dotó del significado ya expuesto, entre 1971 y 1978 Reich llevó a cabo su proyecto colaborativo internacional de una magna Enciclopedia de bioética. Pues bien, un año después, en 1979, publicaron dos filósofos norteamericanos. Tom I. Beauchamp y James F. Childress, un libro que habría de resultar fundamental en el desarrollo de todo este movimiento. Su título es Principios de Ética Biomédica (8). En él establecían por primera vez el sistema de cuatro principios que tanto juego iba a dar en la década inmediatamente ulterior. Los principios son, como es bien sabido, los de Autonomía, Beneficencia, No – Maleficencia y Justicia. Pero lo auténticamente importante no es eso, sino el que con ese sistema la bioética asumió toda una particular forma de definir y manejar los valores. A partir de Beauchamp y Childress la bioética en general, y la bioética norteamericana en particular, hicieron girar todos los problemas de valor en torno a esos cuatro principios. Ellos son algo así como núcleo de confluencia de todo el universo de valores. No es que no existan otros muchos valores, lo que sucede es que todos saturan en torno a estos cuatro ejes o puntos. Dicho de otra manera, todas las cuestiones de valor pueden ordenarse en torno a estos cuatro principios. El lenguaje de los valores se puede reducir a esas cuatro palabras. En axiología sucede algo parecido a lo que nos hemos visto obligados a aceptar en el plano de la biología molecular, que toda la información de la herencia, en su infinita diversidad, se puede codificar en torno a cuatro letras, representadas por cuatro aminoácidos, Adenina (A), Guanina (G), Timina (T) y Citosina (C). Toda la diversidad biológica puede escribirse en este código de cuatro letras. Es suficiente, por ejemplo, para dar cuenta de los veinte aminoácidos, y de los miles de moléculas proteicas distintas. Pues bien, lo mismo cabría decir en el mundo de los valores. Los derechos humanos, que también son valores, son muchos, veinte o más de veinte. Pero todos ellos se pueden

codificar en el lenguaje de los cuatro principios. De ahí el éxito que ese lenguaje ha tenido, y de ahí también que se haya convertido en el punto de referencia de todas las discusiones bioéticas sobre cuestiones de valor. Aun los que los atacan tienen que comenzar confrontándose con ellos. Hoy son un punto de referencia inevitable.

Así las cosas, lo interesante es desbrozar un poco su contenido, ver qué significa en concreto cada uno de esos principios. No es tarea fácil, y en ella es donde está el núcleo más fecundo de las discusiones actuales en torno a la fundamentación de la bioética. Beauchamp y Childress optan decididamente por considerarlos *prima facie* del mismo nivel. Esto supone tanto como considerar que ninguno de ellos es un deber absoluto, o al menos que no es absolutamente absoluto, ya que si bien siempre obliga *prima facie*, en caso de conflicto puede ceder ante otro que en esa situación concreta resulta más vinculante, y que por tanto produzca en nosotros una obligación mayor. Dicho en otros términos, la tesis de Beauchamp y Childress es que ninguno de ellos es absolutamente vinculante; todos pueden tener excepciones, y por tanto todos pueden quedar en suspenso. Todo dependerá del peso que en esa situación concreta tengan los otros principios o deberes concurrentes.

Esta idea de que los deberes morales son todos, en principio, deberes *prima facie*, y que por consiguiente tienen, en tanto que deberes, un carácter relativo y no absoluto, procede como Beauchamp y Childress reconocen implícitamente, del filósofo oxoniense David Ross. Es, en efecto, quien ha sabido compaginar un fuerte deontologismo moral con la idea de que todos los valores obligan en principio (o *prima facie*), pero que ninguno es tan absoluto que pueda decirse *a priori* que obliga siempre y en todas las circunstancias, o si se prefiere, que obliga a una abstracción hecha de cualquier tipo de circunstancias.

III. LA TRADICIÓN ANTIGUA: DEBERES NEGATIVOS Y POSITIVOS

Esa tesis de David Ross, que ha sido central en el desarrollo de la bioética, contrasta muy fuertemente con la tradición más acendrada. Basta, en efecto, abrir cualquier libro clásico de ética, para encontrarse con la tesis de que no todos los deberes morales son del mismo nivel. En el libro fundacional de la ética occidental como disciplina autónoma, la *Ética a Nicómaco*, de Aristóteles, se distinguen ya con bastante precisión dos tipos de deberes o preceptos, los negativos y los positivos. Cuando Aristóteles explica la idea de que la virtud está en término medio, añade inmediatamente que esto es lo que sucede en cada caso de las virtudes morales, pero que hay vicios que son siempre malos, y que por

tanto no admiten término medio. He aquí el texto de Aristóteles.

“Sin embargo, no toda acción ni toda pasión admite el término medio, pues hay algunas cuyo mero nombre implica la maldad, por ejemplo, la malignidad, la desvergüenza, la envidia, y entre las acciones el adulterio, el robo y el homicidio. Todas estas cosas y las semejantes a ellas se llaman así por ser malas en sí mismas, no sus excesos ni sus defectos. Por tanto, no es posible nunca acertar con ellas sino siempre se yerra. Y no está el bien o el mal, cuando se trata de ellas, por ejemplo, en cometer adulterio con la mujer debida y cuando y como es debido, sino que, en absoluto, el hacer cualquiera de estas cosas está mal. Igualmente absurdo es creer que en la injusticia, la cobardía y el desenfreno hay término medio, exceso y defecto y un exceso de exceso y un defecto del defecto. Por el contrario, lo mismo que no hay excesos ni defecto en la templanza ni en la fortaleza, por ser el término medio en cierto modo un extremo, tampoco hay un término medio ni un exceso o defecto en aquellas cosas, sino que de cualquier modo que se haga, se yerra; pues, en general, ni existe término medio del exceso y del defecto, no exceso y defecto de término medio” (10).

Este texto de Aristóteles ha tenido una fortuna histórica realmente envidiable. A partir de él, los filósofos han venido distinguiendo clásicamente los preceptos negativos de los positivos. Así, Santo Tomás de Aquino escribe en la Summa Theologica:

“Así como los preceptos negativos de la ley prohíben los actos pecaminosos, así los preceptos positivos inducen a actos virtuosos. Los actos pecaminosos son en sí mismo, y de ellos no puede resultar el bien de ningún modo, ni en ningún tiempo o lugar, porque según su naturaleza se hallan unidos a un fin malo, como se dice en el libro segundo de la Ética a Nicómaco. Y por tanto los preceptos negativos obligan siempre y por siempre. Por el contrario, los actos de las virtudes no deben ejercitarse de cualquier modo, sino observadas las debidas circunstancias que se requieran para que el acto sea virtuoso, como que se hagan donde se debe, cuando se debe y según lo que se debe. Y como la disposición de aquellas cosas que se refieren al fin debe hacerse en relación al fin, en esas circunstancias del acto virtuoso debe atenderse a su razón de fin, que es el bien de la virtud. Por tanto, si existe una circunstancia cuya omisión prive totalmente de bien al acto virtuoso, ésta contraría el precepto. Pero si la falta de alguna circunstancia no acaba totalmente con la virtud, aunque no permita el logro perfecto del bien de la vida, la realización del acto no va contra el precepto. Por eso dice Aristóteles en la ética a Nicómaco que si se aparta poco del medio, no va contra la virtud, pero si se aparta mucho, la virtud se corrompe en su acto” (11).

Por tanto, las virtudes no crean obligaciones perfectas, pero los vicios sí. De ahí viene la distinción escolástica entre preceptos y consejos, o entre preceptos negativos y preceptos positivos. La tesis escolástica es que *praecepta negativa obligant semper et ad semper*, en tanto que *praecepta affirmativa obligant semper, sed non ad semper* (12). Y como las virtudes y los vicios tienen que ver con la tabla de inclinaciones naturales, resulta que los vicios son deberes perfectos y ley natural. Dicho de otro modo, que la ley natural tiene contenidos materiales, que son los vicios y las virtudes.

IV. LA TRADICIÓN MODERNA: DEBERES PERFECTOS E IMPERFECTOS

Esta tesis adquiriría nuevo vigor en el mundo moderno, con la distinción introducida por Hugo Grocio de dos tipos de derecho el “perfecto” y el “imperfecto”. Poco después, Pufendorf habló de unos “deberes perfectos”, a diferencia de otros “deberes imperfectos” (13). Los primeros son externos y los segundos internos. Aquéllos hacen al hombre justo, éstos virtuosos (14). La perfección o la imperfección se refieren sólo a la capacidad o no de poder exigirlos coactivamente. Los deberes de justicia deben ser exigidos aun coactivamente, a todos por igual, ya que en caso contrario se atentaría contra su propia esencia. Por el contrario, los deberes de beneficencia (decoro y honestidad) deben quedar a la gestión privada de cada cual, ya que son deberes privados, que uno se impone voluntariamente a sí mismo, pero que no son generalizables al conjunto de la sociedad.

Sería quimérico pensar que con esta teoría los autores modernos están pensando en la pura positivización de los deberes perfectos. Nada más alejado de su mente. Tomasio, por ejemplo, es todo lo contrario de un positivista jurídico. Él piensa que todos los deberes, tanto los imperfectos como los perfectos o de decoro y honestidad son de ley natural, no de ley positiva. Lo que sucede es que hay distintos niveles de ley natural. Y así escribe: “Aunque todo derecho natural es inmutable, son más universales y perpetuos por su propia naturaleza los preceptos de la justicia que los de la honestidad y el decoro. De ahí que aquellos siempre sean los mismos y éstos varíen y admitan realmente muchas imitaciones” (15). El positivismo tardará aún en aparecer.

Los deberes perfectos tienen, lógicamente, carácter público y han de ser gestionados por el Estado, en tanto que los deberes imperfectos, no. Lo que está surgiendo con todo esto es la distinción entre dos órdenes en la vida, el público y el privado, gestionados, respectivamente, por dos tipos de normas, las jurídicas, en un caso y las morales, en el otro. Es lógico que este movimiento aconteciera en la época moderna, ya que en ella fue cuando la distinción entre lo público y lo privado adquirió perfiles mucho más nítidos que en cual-

quier otra época anterior.

La teoría de los deberes perfectos e imperfectos procede claramente de la distinción escolástica entre preceptos negativos y positivos. El propio Tomasio afirma explícitamente que esa distinción surge de la teoría escolástica de los preceptos negativos y positivos, que ya vimos en Tomás de Aquino. Y así, después de distinguir las “reglas de justicia” (que expresan el principio de ley natural: “no hagas a otros lo que no quieres que te hagan a ti”) de las “reglas de honestidad” (basadas en otro principio de ley natural, que dice. “Le harás a ti mismo lo que quieres que otros se hagan a sí mismos”) y de las “reglas del decoro” (que fundan en un tercer principio de ley natural, que Tomasio formula así: “harás a otros lo que quieres que ellos te hagan a ti” (16)), después de esto, escribe:

“Se puede por esta observación explicar de algún modo aquello que decían los escolásticos de manera poco clara: que los preceptos negativos del derecho natural obligan siempre y para siempre y los afirmativos obligan siempre pero no para siempre”. (17)

Esta declaración es importante, pues permite entender el carácter absoluto que los preceptos de ley natural siguen teniendo en estos autores modernos. He cambiado la fundamentación, que ahora es más racional que natural, pero sigue inamovible el principio de que todos esos preceptos son absolutos, especialmente los que en la Edad Media se llamaban negativos y ahora perfectos.

V. EL PUNTO DE INFLEXIÓN: LA OBRA DE KANT

La culminación – y a la vez crisis – de todo este proceso se encuentra en la obra de Kant. Kant acepta la distinción de Pufendorf y Tomasio entre el orden moral o interno (Moralität, Sittlichkeit) y el jurídico o externo (Legalität, Gesetzmässigkeit). Ambos son órdenes naturales, es decir, no dependientes de la revelación, estrictamente racionales. Todo depende, va a decir Kant, de un principio, de una ley que la razón se da a sí misma y que es el origen de ambos órdenes, el moral y el legal. Esta ley es, obviamente, el imperativo categórico, que significa en el orden de la modernidad legalidad racional, lo que el principio de primer nivel era en el orden de la vieja legalidad natural de Tomás de Aquino. Dicho de otro modo, el imperativo categórico es la reformulación moderna, estrictamente racional, del principio universalísimo y absoluto de la ley natural que mandaba hacer el bien y evitar el mal.

Es obvio que ese principio comunísimo carece de la concreción mínima que necesita

todo principio de carácter deontológico. Por eso los principios de ley natural con contenido deontológico tienen ya, según Tomás de Aquino, carácter derivado. Pues bien, Kant llega, desde presupuestos muy distintos, a idéntica conclusión, el imperativo categórico es universal y absoluto, de modo que todo ser humano ha de tenerlo, si de veras es ser humano, pero tiene un carácter meramente formal y canónico. Pero los principios morales de contenido material y carácter deontológico ya no son siempre absolutos. Kant distingue, de hecho, dos principios deontológicos, los perfectos y los imperfectos. Los primeros son aquellos cuya transgresión es contradictoria cuando el dato se universaliza, razón por la cual la conversión de la materia de la transgresión es una máxima universal no se puede pensar, porque resulta intrínsecamente contradictoria. Estos preceptos de Kant se corresponderían con los que en la ética naturalista se llamaban intrínsecamente malos. Kant considera que estos preceptos son fundamentalmente negativos, y que constituyen los auténticos deberes perfectos o de justicia. Por el contrario, hay otros deberes cuya transgresión, al universalizarla, es decir, al convertirse en máximas, no resultan lógicamente contradictorios, pero si éticamente contradictorios. Estos son los deberes de obligación imperfecta o de beneficencia. En resumen, pues, vemos que Kant acaba legitimando racionalmente lo mismo que el naturalismo, la existencia de dos tipos de preceptos morales de contenido material, unos intrínsecamente buenos y malos y otros que no lo son. Quizás esto explica por qué este aspecto de la obra de Kant ha sido tan usufructuado por el realismo moral de la neoescolástica.

En el texto de Kant los deberes perfectos e imperfectos se encuentran en el capítulo segundo de la Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Allí tras establecer la primera fórmula del imperativo categórico, la de la universalización de las máximas, Kant añade:

“Vamos ahora a enumerar algunos deberes, según la visión corriente que se hace de ellos en deberes para con nosotros mismos y para con los demás hombres, deberes perfectos e imperfectos”.

Y en nota añade:

“Entiendo aquí por deber perfecto el que no admite excepción en favor de las inclinaciones, y entonces tengo deberes perfectos, no sólo externos, sino también internos, cosa que contradice el uso de las palabras en las escuelas”. (18)

Queda claro, pues, que Kant se distancia de la definición clásica de los deberes perfectos como aquellos que se refieren a los otros, y perfectos los que se refieren a uno mis-

mo, para dar otra definición, perfectos son los que no admiten excepciones e imperfectos los contrarios.

Tras esto, Kant enumera cuatro deberes, dos perfectos y dos imperfectos. El primer ejemplo de deber perfecto es el siguiente:

“Uno que, por una serie de desgracias lindantes con la desesperación, siente despego de la vida, tiene aún bastante razón para preguntarse si no será contrario al deber por consigo mismo el quitarse la vida. Pruebe a ver si la máxima de su acción puede tomarse ley universal de la naturaleza. Su máxima, empero, es: hágome por egoísmo un principio de abreviar mi vida cuando ésta, en su largo plazo, me ofrezca males que agrado. Trátese ahora de saber si tal principio del egoísmo puede ser una ley universal de la naturaleza. Pero pronto se ve que una naturaleza cuya ley fuese destruir la vida misma, por la misma sensación cuya determinación es atizar el fomento de la vida, sería contradictoria y no podría subsistir como naturaleza, por lo tanto, aquella máxima no puede realizarse como ley natural universal y, por consiguiente, contradice por completo al principio supremo de todo deber”. (19)

Este es el primer ejemplo que Kant pone de deber perfecto, el deber de no atentar contra la vida, conservándola aun en caso de que se torne prácticamente irresistible. La máxima de quitarse la vida por egoísmo no se puede universalizar, y por tanto no se puede pensar sin contradicciones, luego es intrínsecamente mala y no tiene excepciones. Cabría preguntar a Kant qué sucedería si uno quisiera quitarse la vida no por egoísmo sino por altruismo, por ejemplo, por no ser oneroso a los familiares. Esa máxima sí puede universalizar sin producir contradicciones. Y por otra parte, tampoco está dicho que porque la máxima del egoísmo no sea universalizable, no se puede realizar ninguna acción contra la vida en esas circunstancias. Lo que Kant hace es juzgar máximas, no actos. La máxima no es universalizable, y por tanto está claro que no es bueno actuar por egoísmo. Eso significa que se actúa por un móvil malo, pero no que la acción tenga que ser intrínsecamente mala. Un acto de suicidio por no poder resistir el dolor es justificable como excepción, aunque la máxima, el egoísmo, no sea fácilmente universalizable. La excepción es siempre un mal menor y, por tanto, nunca puede ser universalizada. Cuando se hace una excepción se tiene claro que se está optando por el mal menor y que lo bueno sigue siendo lo que dice la norma, no la excepción. En ese sentido, el argumento de Kant no prueba nada, a consecuencia de querer probar demasiado.

Tras esto, Kant pone su segundo ejemplo de deber perfecto. Helo aquí.

“Otro se ve apremiado por la necesidad de pedir dinero en préstamos. Bien sabe que no podrá pagar, pero sabe también que nadie le prestará nada como no prometa formalmente devolverlo en determinado tiempo. Siente deseos de hacer tal promesa, pero aún le queda conciencia bastante para preguntarse: ¿no está prohibido, no es contrario al deber salir de apuros de esta manera? Supongamos que decida, sin embargo, hacerlo. Su máxima de acción será ésta: cuando me crea estar apurado de dinero, tomaré a préstamo y prometeré el pago, aun cuando sé que no lo voy a verificar nunca. Este principio del egoísmo o de la propia utilidad es quizá muy compatible con todo mi futuro bienestar. Pero la cuestión ahora es ésta ¿es ello lícito? Transformo, pues la exigencia del egoísmo en una ley universal y dispongo así la pregunta: ¿qué sucedería si mi máxima se tornase una ley universal? En seguida veo que nunca puede valer como ley natural universal, ni convertir consigo misma, sino que siempre ha de ser contradictoria. Pues la universalidad de una ley que diga que quien crea estar apurado puede prometer lo que se le ocurra proponiéndose no cumplirlo, haría imposible la promesa misma y el fin que con ella pueda obtenerse, pues nadie creería que recibe una promesa y todos se reirán de tales manifestaciones como de un vano engaño”. (20)

El segundo ejemplo de deber perfecto es, pues, el de cumplir las promesas. Se trata, curiosamente, de un deber positivo, no negativo, como en el caso anterior. Kant considera que este deber positivo es también absoluto y sin excepciones. Lo cual plantea una nube de problemas. El primero es si un deber positivo puede ser perfecto. Pero aun suponiendo esto, quedaría la cuestión de qué sucedería si entraran en conflicto dos deberes perfectos entre sí. Por ejemplo, si el deber de cumplir las promesas entra en conflicto con el deber de matar. Si todos los deberes perfectos fueran negativos, este conflicto, quizá, no podría darse, pero siendo unos positivos y otros negativos, no hay duda de que el conflicto es posible. Kant no responde.

El tercer ejemplo que pone Kant es ya de deber imperfecto. Se trata del cultivo de los propios talentos. He aquí el texto:

“Un tercero encuentra en sí cierto talento que, con la ayuda de alguna cultura, podría hacer de él un hombre útil en diferentes aspectos. Pero se encuentra en circunstancias cómodas y prefiere ir a la casa de los placeres que esforzarse por ampliar y mejorar sus felices disposiciones naturales. Pero se pregunta si su máxima de dejar sin cultivo sus dotes naturales se compadece, no sólo de su tendencia a la pereza, sino también con eso que se llama el deber. Y entonces se ve quien puede subsistir una naturaleza que se rija por tal

ley universal, aunque el hombre – como hace el habitante del mar del Sur – deje que se enmohezcan sus talentos y entregue su vida a la ociosidad, el regocijo y la reproducción, en una palabra, al goce, pero no puede querer que esta sea una ley natural universal o que esté impresa en nosotros como tal por el instinto natural. Pues como ser racional necesariamente quiere que se desenvuelvan todas las facultades en él, porque ellas te son dadas y le sirven para toda suerte de posibles propósitos”. (21)

El cultivar los propios talentos es, pues, un deber imperfecto, el que la universalización de la máxima del obrar si puede ser pensada sin contradicción aunque no puede ser querida sin contradicción. Eso es lo que diferencia el deber perfecto del imperfecto para Kant. Tras el cual pone el cuarto y último ejemplo.

“Una cuarta persona, a quien le va bien, ve a otras luchando contra grandes dificultades. Él podría ayudarles, pero piensa: ¿qué me importa? ¡Qué cada cual sea lo feliz que el cielo o él mismo quiera hacerle, nada voy a quitarle, ni siquiera le tendré envidia, no tengo ganas de contribuir a su bienestar o a su ayuda en la necesidad! Ciertamente, si tal modo de pensar fuese una ley universal de la naturaleza, podría muy bien substituir la raza humana, y, sin duda, mejor aún que charlando todos de compasión y benevolencia, ponderándola y aún ejerciéndola en ocasiones; y en cambio, engañando cuando pueden, traficando con el derecho de los hombres o lesionándolo en otras materias varias. Pero aun cuando es posible que aquella máxima se mantenga como ley natural universal es, sin embargo, imposible querer que tal principio valga siempre y por doquier como una ley natural. Pues una voluntad que así lo decidiera se contradiría a sí misma, pues podrían suceder algunos casos en que necesitase el amor y compasión ajenos y, entonces, por la misma ley natural oriunda de su propia voluntad, veríase privado de toda esperanza de ayuda que desea”. (22)

Tras esta enumeración de dos deberes perfectos y dos imperfectos, Kant resume su pensamiento sobre los deberes de la siguiente manera.

“Estos son algunos de los muchos deberes reales, o al menos considerados por nosotros como tales, cuya derivación del principio único citado salta claramente a la vista. Hay que poder querer que es una máxima de nuestra acción sea ley universal, tal es el canon del juicio moral de la misma, en general. Algunas acciones son de tal modo constituidas, que su máxima no puede, sin contradicción, ser siquiera pensada como ley natural universal, y mucho menos que se pueda querer que deba serlo. En otras no se encuentra, es cierto, esa imposibilidad interna, pero es imposible querer que su máxima

se eleve a la universalidad de una ley natural, porque tal voluntad sería contradictoria consigo misma. Es fácil ver que las primeras contradicciones al deber estricto –ineludible –, y las segundas, al deber amplio –meritorio -. Y así, todos los deberes, en lo que toca al modo de obligar – no al objeto de la acción – quedan, por medio de estos ejemplos, considerados íntegramente en su dependencia del principio único”. (23)

Kant va a concluir de todo esto que los deberes de obligación perfecta, es decir, aquellos cuya transgresión no puede ser ni siquiera pensada como máxima universal, no pueden tener excepciones. Por tanto, estos deberes pueden afirmarse como absolutos, ya que carecen de excepciones. He aquí el texto de Kant.

“Si ahora atendemos a nosotros mismos, en los casos en que contravenimos a un deber hallaremos que realmente no queremos que nuestra máxima deba ser una ley universal, pues ello es imposible; más bien lo contrario es lo que debe mantenerse como ley universal. Pero nos tomamos la libertad de hacer una excepción para nosotros – o aún sólo para éste caso -, en provecho de nuestra inclinación. Por consiguiente, si lo consideramos todo desde uno y el mismo punto de vista, a saber, el de la razón, hallaremos una contradicción en nuestra propia voluntad, a saber: que cierto principio es necesario objetivamente como ley universal, y, sin embargo, no vale subjetivamente con universalidad, sino que ha de admitir excepciones. Pero nosotros consideremos una vez nuestra acción desde el punto de vista de una voluntad conforme enteramente con la razón, y la otra vez consideramos la misma acción desde el punto de vista de una voluntad afectada por la inclinación, de donde resulta que no hay aquí realmente contradicción alguna, sino una resistencia de la inclinación al precepto de la razón (antagonismo): por donde la universalidad del principio tórnase una mera validez común (generalidad), por la cual el principio práctico de la razón debe coincidir con la máxima a mitad de camino. Aún cuando esto no puede justificarse en nuestro propio juicio, imparcialmente dispuesto, ello demuestra, sin embargo, que reconocemos realmente la validez del imperativo categórico y sólo nos permitimos – con todo respeto – algunas excepciones que nos parecen insignificantes”. (24)

Esta es la definición que Kant hace de los deberes perfectos e imperfectos en el capítulo segundo de la Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Los deberes perfectos no permiten excepciones, porque éstas no pueden concebirse ni pensarse como máximas universales de acción, como leyes naturales. De lo que resulta que el viejo concepto de ley natural intrínsecamente buena, cuya transgresión es intrínsecamente mala, se recupera, bien que ahora por la vía de la razón y no de la naturaleza. De

ahí el uso de esta teoría Kantiana que han hecho y siguen haciendo los neoescolásticos.

En otro libro, *La paz perpetua*, Kant precisa aún más el carácter de todos estos deberes. En la sección primera distingue las “leyes permisivas” de las “leyes preceptivas” y las “leyes prohibitivas”. Las dos últimas definen los deberes imperfectos, en tanto que las primeras se identifican con los deberes perfectos. Dentro de esas leyes hay, según Kant, unas que son “escritas” y valederas en todas las circunstancias, de modo que exigen una “inmediata” ejecución, en tanto que otras “son más amplias y admiten cierta demora en su aplicación, no porque haya excepciones a la regla jurídica, sino porque teniendo en cuenta el ejercicio de esa regla y sus circunstancias, admiten que se amplíen subjetivamente la facultad ejecutiva y dan permiso para demorar la aplicación, aunque sin perder nunca de vista el fin propuesto” (25). Lo cual lleva a Kant a concluir que en el rigor de los términos no hay leyes permisivas a diferencia de las leyes preceptivas y prohibitivas, ya que las llamadas permisivas siguen siendo preceptivas, si bien en un sentido lato. Desligar la permisión del precepto rompe la lógica de la ley. No puede haber, pues, en el rigor de los términos, leyes permisivas. De ahí que escriba:

“¿Existen “leyes permisivas” de la razón pura, además de los mandatos – *leges praeceptivae* – y de las prohibiciones – *leges prohibitivae* - ? Es cosa que muchos, hasta ahora, han puesto en duda, no sin motivo. En efecto, las leyes en general contienen el fundamento de la necesidad práctica objetiva de ciertas acciones; en cambio, el permiso fundamental la contingencia o accidentalidad práctica de ciertas acciones. Una “ley permisiva”, por tanto vendría a contener la obligación de realizar un acto al que nadie puede ser obligado, lo cual, si el objetivo de la ley tiene en ambas relaciones una misma significación, es una contradicción patente. (...) De ese concepto se hace un uso frecuente de la legislación civil – estatutaria - , con la diferencia de que la ley prohibitiva se presenta sola, bastándose a sí misma y, en cambio, el permiso, en lugar de ir incluido en la ley, a modo de condición limitativa – como debería ser - , va metido entre las excepciones. Establécese: queda prohibido esto o aquello. Y se añade luego, excepto en el caso 1º, 2º y 3º, y así indefinidamente. Vienen, pues, los permisos a añadirse a la ley, pero al azar, sin principio fijo, según los casos que van ocurriendo. En cambio, hubieran debido las condiciones ir incluidas “en la fórmula de la ley prohibitiva”, que entonces hubiera sido al mismo tiempo ley permisiva. (...) La posibilidad de semejantes fórmulas – parecidas a las matemáticas – es la única verdadera piedra de toque de una legislación consecuente. Sin ella será siempre el *jus certum* un pío deseo. Sin ella podrá haber, si, leyes generales no leyes universales, de valor universal, que es el valor que parece exigir precisamente el concepto de ley”. (26)

En consecuencia, Kant considera que no hay nunca excepciones a las leyes. Lo que hay son leyes que exigen su cumplimiento total e inmediato y leyes que no son de ese tipo. Las primeras son las de obligación perfecta y las segundas de obligación imperfecta. Estas no consisten en excepciones, sino en determinaciones internas a la propia ley, que dicen cuándo y cómo pueden no cumplirse, o en qué circunstancias deben y en qué otras no es necesario que se cumplan. Para Kant nunca hay excepciones, que de algún modo funcionarían como leyes, lo cual es absurdo. De ahí que quienes definen de este modo los deberes perfectos afirmen siempre que no tienen excepciones, pero que si debe determinarse claramente dentro de su formulación sus límites. Por ejemplo, no se habla de que el no matar sea un deber perfecto que exige siempre su más estricto cumplimiento, sino que se añaden determinaciones internas que hagan innecesaria o inmoral la excepción, afirmando, por ejemplo, que la prohibición absoluta es “la muerte del inocente”. Si se determinara bien el contenido de la ley, no tendría excepciones. Esto es, por ejemplo, lo que afirma Leonardo Rodríguez en su libro *Deber y valor* (27).

VI. ¿ADMITEN JERARQUÍA LOS DEBERES *PRIMA FACIE*?

El problema es que no parece fácil encontrar ejemplos de ese tipo de leyes perfectas, que no tengan excepciones, por más que las especifiquemos. Por ejemplo, hay excepciones al principio del respeto del inocente. Se suele poner en contra siempre el mismo ejemplo, la obra de teatro de Albert Camus, *Los justos*. El problema es si se puede justificar un atentado político en el que mueren inocentes, por ejemplo, niños. Los revolucionarios, con un razonamiento estrictamente consecuencialista, pensarán que sí, a la vista de los beneficios potenciales del cambio político buscado. Otros muchos, por el contrario pensarán que no, que nunca se puede justificar la muerte del inocente. Pero esto último dista mucho de la evidencia. Basta poner otros ejemplos para verlo con cierta claridad. Así, en la película “*La Misión*” se acusa a un jesuita de justificar que una familia guaraní, obligada a huir de la persecución de los colonos, asesine a su tercer hijo, el más pequeño, ya que sólo puede llevar a dos en su huida. Es difícil no justificar la muerte del inocente en estas circunstancias. Se dirá que en este caso se viola el precepto para salvar vida, es decir, por cumplir el mandato respecto de la vida, que en ese sentido sería un deber perfecto, que exige su inmediato cumplimiento aún en ese caso. Pero de lo que no cabe duda es que para cumplirlo hay que transgredirlo parcialmente, lo cual es hacer una excepción. Parece claro, en consecuencia, que no hay mandato sin excepción, y que eso no se evita determinando lo más posible el contenido del mandato, pues por mucho que lo determinemos acabará teniendo excepciones. Hace días oí otro relato sobreco-

gedor de muerte de un inocente. En un cierto país centroamericano en guerra, un contingente militar perseguía a un grupo de guerrilleros en huida con sus familias. Estos se refugiaron en un bosque en total silencio, en un intento desesperado por hurtar la vigilancia y salvar sus vidas. En esa situación, un niño recién nacido que su madre tenía en brazos comienza a llorar, y ésta acalla sus gritos tapándole la boca y la nariz hasta asfixiarlo. La actitud de completa coherencia con el principio de respeto a la vida no se da más que en personajes excepcionales, como puede ser Jesús de Nazaret. El sí cumplió con el principio de respeto absoluto a la vida, pero al precio de perder la propia.

En mi opinión no existe contradicción lógica entre el respeto al ser humano y, por ejemplo, la tortura o la mentira, cuando las circunstancias permiten justificarlas. Pienso que si se puede pensar la dignidad del ser humano aún aceptando la tortura. Por supuesto, no sería posible pensarla si se aceptara la tortura como regla, como norma de acción, tal como decía Kant. Pero es que nadie la está afirmando a ese nivel. Como regla la tortura es incompatible con el respeto al ser humano, pero como excepción si es compatible. Todo el que hace una excepción sabe que está haciendo algo malo, no bueno, y por tanto sigue aceptando como regla la de no tortura. Lo que afirma es que el mismo principio formal que da validez al principio de la no tortura, el respeto al ser humano, da validez a la excepción cuando parece que el respeto al ser humano pasa, aunque parezca paradójico, por la tortura o por la mentira. Quien tortura o quien miente sabe que está haciendo mal, pero piensa que se trata del “mal menor” posible en esas circunstancias y, por tanto, aquél que respeta más al ser humano. A la vez que se tortura o se miente, se está aceptando como principio la no tortura y la no mentira, pues nadie piensa que sea preferible un mundo en el que se tortura o se mienta. En este sentido cabría decir que todos, aún los torturadores y los mentirosos, cumplen con el principio de respeto al ser humano, si es que torturan o mienten como excepción, es decir, porque lo consideran necesario en ciertas circunstancias para respetar en lo posible al ser humano.

Esto significa, obviamente, que no hay principios materiales o deontológicos de contenido absoluto y sin excepciones. Ni los llamados deberes perfectos carecen de excepciones. Hay excepciones al matar, al mentir, al torturar y a cualquier otro principio moral que imaginemos. Ninguno es absoluto. Por eso son posibles situaciones de gran abyección moral, en las que por la vía de la excepción se acaban justificando enormes atrocidades. Los crímenes nazis fueron justificados por una enorme cantidad de ciudadanos alemanes. Pero lo grandioso de la vida humana es que esos mismos seres, que pueden ser abyectos, pueden reaccionar y criticar sus propias atrocidades. Es el origen del arrepentimiento moral. No hay modo de evitar la abyección moral. Es inútil pensar que afirmando

los deberes perfectos como absolutos conseguimos algo en la práctica. No conseguimos nada. Aunque fueran absolutos, habría que decir que en la práctica no se los reconoce múltiples veces como tales. Toda la historia es el no reconocimiento de esos principios como absolutos. Lo cual significa, en la práctica, que funcionan como no absolutos. Si se les afirma como absolutos se corre con dos dificultades: primera, demostrar que no son absolutas, lo cual resulta a mi modo de ver imposible; y segundo, explicar por qué no funcionan en la práctica como absolutos. Lo más coherente y lógico es, a mi entender, pensar que no son absolutos y que todos tienen excepciones.

Quienes afirman los llamados deberes perfectos como absolutos siempre lo hacen con una intención muy determinada, y es condenar de entrada cualquier transgresión en esa esfera. Para lo que sirve la teoría de los deberes perfectos absolutos es para hacer condenas solemnes y generales. Y esto es lo que parece incorrecto e improcedente. Nadie dirá que nunca el mentir o el matar es bueno. Si eso es lo que significa intrínsecamente malo, entonces hay que decir que todas las éticas lo aceptan sin discusión. Pero eso no significa que se nieguen las excepciones, que nunca se pueda mentir o nunca se pueda matar, no como bien, sino como mal menor. Si intrínsecamente malo significa que nunca se puede mentir o matar, entonces nada es intrínsecamente malo. Pasar de la afirmación del principio como bueno a la negación de la posibilidad de lesionar el principio bueno en busca del mal menor, es lo que resulta incorrecto en la tesis absolutista. Todo principio deontológico tiene excepciones. Lo importante es no negar las excepciones, sino exigir que se realicen correctamente, es decir, excepcionalmente, cuando las circunstancias y las consecuencias son tan graves que no queda otro remedio que hacer la excepción. Lo cual requiere, cuando menos de dos requisitos: una enorme prudencia y cargar con la prueba de que la excepción es necesaria. Los individuos tenemos que hacer continuamente excepciones y los pueblos también. El problema no es hacerlas o no hacerlas, sino hacerlas bien, lo que significa siempre en el menor número de casos posibles. Las excepciones nunca hay que maximizarlas sino que minimizarlas. La propia idea de excepción exige que sean las mínimas posibles.

A mi modo de ver, en esto estriba el éxito de la bioética y en concreto del sistema de cuatro principios de Beauchamp y Childress. Al afirmar como deberes *prima facie* se está diciendo que son deberes, pero que no son absolutos, que pueden tener excepciones. ¿Quiere esto decir que no hay jerarquía entre ellos? Mi opinión es que no. No es lo mismo negar su carácter absoluto que excluir todo tipo de jerarquía. De hecho, a partir del siglo XIX, cuando la doctrina Kantiana del carácter absoluto de los deberes perfectos entró en crisis, se siguió manteniendo esta distinción, bien que con otro sentido, que por

cierto ya está presente en Grocio y Pufendorf. Ahora se llamarán perfectos aquellos deberes que generan en alguna persona, o personas, un derecho correlativo o imperfecto a aquellas obligaciones morales que no originan tal derecho (28). No es difícil ver, como ya he explicado en otros lugares, que los principios de No – maleficencia y de Justicia son la expresión bioética de los deberes perfectos tomados en este sentido, y que los principios de Autonomía y Beneficencia se corresponden con el área de los deberes imperfectos. Con lo cual queda claro que los primeros tienen, en caso de conflicto, prioridad sobre los segundos. No es que tengan excepciones, es que son jerárquicamente superiores.

A partir de aquí, los problemas surgen a raudales. No era el objeto de este artículo resolverlos todos, sino sólo plantear la dimensión en que hay se hallan planteados en el área de la bioética. Creo que esta forma de posición inicial merece una reflexión atenta, ya que en ella se juega, si no todo, si, al menos, lo más importante. Hay una frase de Aristóteles que repite Tomás de Aquino, y que a partir de él se convirtió en un axioma escolástico. Dice así: *Parvus error in principio, magnus est in fine* (29). Pienso que merecía la pena recordar todo esto ahora, en el exordio de una revista como Cuadernos de Bioética, que tiene toda una vida por delante para discutir y aclararlos. Que así sea.

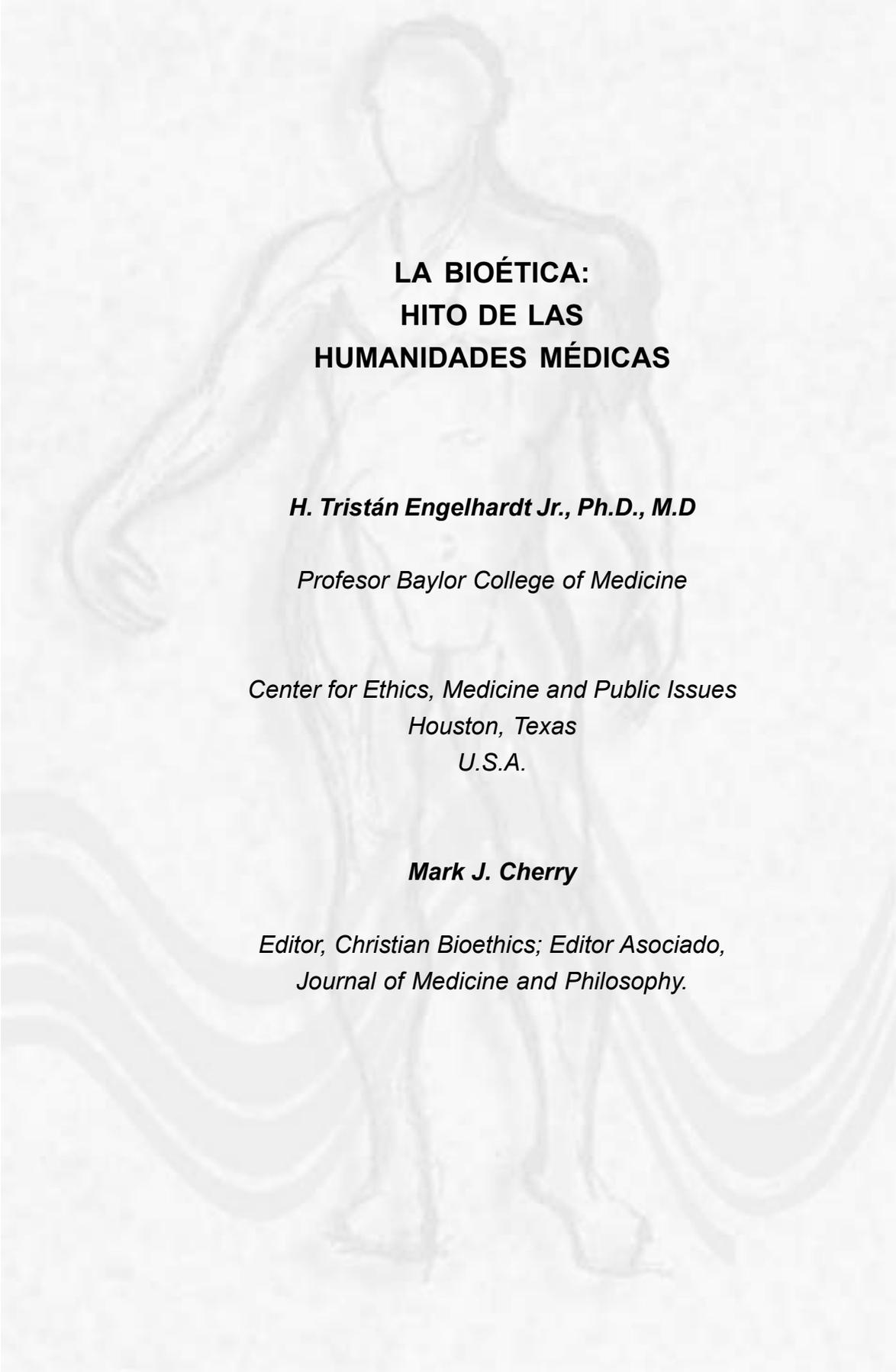
REFERENCIAS

1. Cf. Warren T. Reich, "The Word Bioethics: Its Birth and the Legacies of Those Who Shaped Its Meaning", *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1991; 1 (1): 319 – 335.
2. Cf. Warren T. Reich, ed., *Encyclopedia of Bioethics* 1ª ed., New York: The Free Press, 1978. Hace escasas semanas ha aparecido la "Revised Edition", completamente puesta al día. Cf. Warren Thomas Reich, *Encyclopedia of Bioethics, Revised Edition*, Simon & Schuster MacMillan, New York, 5 vols, 1995. La primera y segunda ediciones contenían 315 artículos escritos por 285 autores; la actual consta de 464, escritos por 437 autores.
3. Van Rensselaer Potter, "Humility with Responsibility: A Bioethics for Oncologists: Presidential Address", *Cancer Research* 1975; 35; 2297, 2299.
4. E. Kant, K.r.V. A51/B75.
5. J. Ortega y Gasset, "Introducción a una Estimativa. ¿Qué son los valores?", en *Obras Completas Vol. VI. 6ª ed.*, Madrid, *Revista de Occidente*, 1964, p. 328.
6. Of. p. e., el clásico libro de K.R. Popper, *La lógica de la Investigación científica*, Madrid, Tecnos, 1962, p. 90.

7. Cf., entre otras, *Risieri Frondizi, ¿Qué son los valores?, México, FCE, 1958.*
8. Cf. *Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford University Press. 1ª ed., 1979; 4ª ed., 1994.*
9. Cf. *W. D. Ross, Lo bueno y lo correcto, Salamanca, Sígueme, 1994.*
10. *Aristóteles, Et Nic II, 6: 1107 a 8 – 26.*
11. *Tomás de Aquino, Summa Theologica 2-2, q. 33, a. 2.*
12. Cf. *S Th 1 –2, q. 75 ad 3; q. 99 2 ad 2; q. 100 10c ad; 2 – 2 q. 3 ec.*
13. *El origen de esta distinción es, sin duda, muy antiguo. De hecho, los estoicos utilizaron ya la expresión “deberes perfectos” (cathéjonta téleia), si bien con un sentido muy distinto del que tendrá en el mundo moderno. Desde una ética de la virtud, como es la estoica, es lógico que los deberes perfectos sean aquellos que plenifican la virtud. Su opuesto son los actos indiferentes y los malos. Por eso Estobeo los llama cathórtoma, “rectitudes”. Otro pasaje de Estobeo, que pone en relación el concepto de rectitud con la idea de número, induce a pensar que la idea de deber perfecto se halla relacionada con la de número perfecto, de origen oriental. Pitágoras importó de la cultura caldea la idea de que la justicia es un número perfecto. (cf. Eleuterio Elorduy, El estoicismo, Madrid, Gredos, 1972, vol. 2, pp. 108 – 112). De ahí viene la identificación de los deberes perfectos con los de justicia, que tanta fortuna histórica iba a tener.*
14. *Christian Thomasius, Fundamentos de derecho natural y de gentes. I, V, S 25; tras. esp., Madrid, Tecnos, 1994, p. 217.*
15. *Thomasius, Fundamentos..., T, V, S 47, pp. 224 – 5.*
16. *Thomasius, Fundamentos..., I, VI, S 40 – 42, p. 258.*
17. *Thomasius, Fundamentos..., I, V, S 49, p. 225.*
18. *M. Kant, Fundamentación de la metafísica de las costumbres, trad. Manuel García Morente, Madrid, Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País, 1992, p. 56.*
19. *M. Kant, Fundamentación..., p. 56.*
20. *M. Kant, Fundamentación..., p. 56 – 7.*
21. *M. Kant, Fundamentación..., p. 57.*
22. *M. Kant, Fundamentación..., p. 57 – 8.*
23. *M. Kant, Fundamentación..., p. 58.*
24. *M. Kant, Fundamentación..., p. 59.*
25. *M. Kant, la paz perpetua, Madrid, Espasa – Calpe, 1ª ed., 1961, p. 98.*
26. *M. Kant, La perpetua, Madrid, Espasa – Calpe, 1ª ed., 1961, pp. 98 – 100.*
27. *Of. Leonardo Rodríguez, Deber y valor, Madrid, Tecnos, Universidad Pontificia de Salamanca, 1992, pp. 67 – 77 y 92 – 98.*

28. Así los define, por ejemplo, John Stuart Mill. Cf. *El utilitarismo*, Madrid, Alianza, 1984, pp. 111 – 112.

29. Aristóteles, *De Coelo* 271b8 – 13.



**LA BIOÉTICA:
HITO DE LAS
HUMANIDADES MÉDICAS**

H. Tristán Engelhardt Jr., Ph.D., M.D

Profesor Baylor College of Medicine

*Center for Ethics, Medicine and Public Issues
Houston, Texas
U.S.A.*

Mark J. Cherry

*Editor, Christian Bioethics; Editor Asociado,
Journal of Medicine and Philosophy.*

La medicina abarca todos los aspectos de la vida humana, desde la reproducción y el nacimiento hasta el sufrimiento, la discapacidad y la muerte. La medicina no afecta simplemente la vida de las personas, sino que trae consigo y responde a un rico conjunto de valores humanos y expectativas morales. Siendo una de las tres profesiones tradicionales, ella posee una historia de conceptos morales propios cuyas raíces se remontan a Hipócrates e incluso antes (1). Por más de dos milenios, la medicina ha sido una profesión de reflexión, comprometida en situar el tratamiento y el diagnóstico dentro del contexto de las obligaciones morales. Esto ha sido claramente reconocido en los tratados Hipocráticos tales como “Sobre el decoro y el arte”. Sigue siendo válido para la medicina contemporánea y se demuestra en la profusa literatura sobre Bioética que se ha desarrollado en las últimas tres décadas.

En los Estados Unidos, a partir de fines de la década de 1960, se produjo un resurgimiento de interés en ubicar la educación universitaria de los estudiantes de medicina dentro del contexto del humanismo en medicina en general, y de la Bioética en particular. Esto se debió en parte a la preocupación respecto a los efectos potencialmente deshumanizadores de la medicina de alta tecnología (2). Como resultado, apareció abundante literatura nueva en temas de filosofía de la medicina y de Bioética. El interés por este tipo de programas educativos en Bioética se produjo por: (1) el progreso en tecnología y ciencia médica, (2) los costos asociados a las nuevas posibilidades de diagnóstico y tratamiento, y (3) la fragmentación de la moral tradicional y el surgimiento de un ethos secular nuevo. Sin duda este último fue el factor más importante, conduciendo a un nuevo replanteamiento sobre enfoques de consentimiento libre e informado, disponibilidad del aborto, e incluso reflexiones sobre el suicidio médicamente asistido. Se hizo claro que la educación de aquellos que ingresaban a la profesión médica debería prepararlos no solamente para enfrentar los desafíos de la nueva tecnología y de los recursos (por ejemplo, las condiciones bajo las cuales se debería recomendar el trasplante de pulmón, o cuándo se debería negar la admisión a las unidades de cuidado intensivo) (3). Necesitaría también orientar a los que ingresan a la profesión, para armonizar con un ambiente moral cambiante y significativamente fragmentado (Mac Intyre, 1981; Engelhardt, 1995; 1996) (4).

Con este fin, los programas de humanismo en medicina, con gran énfasis en los tópicos de Bioética, han surgido como parte del currículo regular de los estudiantes americanos. El modelo en gran parte ha recapitulado el enfoque post – Flierniano de la educación

universitaria, proporcionando a la vez una introducción a la Bioética como “ciencia básica”, junto a un conjunto de aplicaciones clínicas. Por una parte, los cursos didácticos con énfasis en una introducción a los modelos de teoría moral, análisis y reflexión básicos, han constituido parte de los primeros dos años de la educación médica universitaria. Estos han tomado diversas formas, desde conferencias hasta seminarios para grupos pequeños. En casi todos los casos este último formato ha sido el más exitoso.

El objetivo ha sido el de proporcionar a los estudiantes un marco de referencia intelectual y moral dentro del cual puedan ubicar los desafíos, encrucijadas y problemas que encontrarán en la práctica clínica. Tales cursos han iniciado a los estudiantes en los principios de la reflexión y del análisis moral, de manera que ellos sean capaces de reconocer los problemas clínicos no sólo como problemas médicos, sino también como problemas morales que incorporan la vida y las preocupaciones de los pacientes, de sus familias y de aquéllos asociados con ellos. Estos enfoques han reconocido que el convertirse en un adepto a la Bioética requiere desarrollar destrezas probablemente análogas a aquellas que son propias del estudiante de histología que aprende a reconocer las estructuras artificialmente teñidas, como lo son las realidades de la anatomía microscópica. Se requieren verdaderas destrezas de diagnóstico bioético, de manera que la información bioética pueda ser percibida dentro del “ruido” de las preocupaciones clínicas, económicas, psicológicas y sociológicas complejas. El estudiante debe aprender maneras de ver la dimensión moral de la clínica, de modo que pueda percibir el carácter moral de casi todas las interacciones con los pacientes y sus familias. Uno debe entonces saber cómo caracterizar las materias en cuanto tales o bien como problemas que necesitan ser resueltos. Como en todas las áreas del conocimiento, uno debe saber de alguna manera qué es lo que está buscando antes de poder discernir sobre aquello que uno está tratando de obtener. Uno debe haber incorporado herramientas de reflexión y análisis que llaman la atención acerca de las dimensiones morales de las interacciones médico – paciente, para poder identificar y apreciar aquéllas dimensiones. Uno debe haber desarrollado destrezas para reconocer y caracterizar las dificultades morales para poder avanzar entonces hacia comprender las formas apropiadas de respuesta.

En contra de este marco de preocupación por educar a los médicos para ser capaces de responder a las necesidades morales de los pacientes, de las familias de éstos, y de la sociedad, está el enfoque de la educación universitaria como “ciencia básica” que por lo general ha sido ligado firmemente a la carrera futura de los médicos en la clínica (5). El conocimiento básico de la teoría, principios, análisis y reflexiones morales son

considerados necesarios para el desempeño médico profesional con los pacientes, sus familias, y respeto a la sociedad en general. De esta forma, los enfoques de “ciencia básica” han sido integrados a los seminarios de ética médica clínica en los años de enseñanza clínica de la educación médica universitaria. Cuando esto se ha conseguido con éxito, el “telos” de la introducción bioética como “ciencia básica” puede verse claramente inmerso en la práctica clínica de los médicos.

La educación clínica en bioética ha sido ubicada junto al paciente y también dentro del programa regular de clases de disciplinas clínicas que son parte de la educación de los estudiantes de los últimos cursos de medicina. Se ha reconocido que es importante que este segundo elemento de la educación médica universitaria no sea considerado por los bioeticistas docentes de la educación médica universitaria, como si fuera un complemento meramente decorativo o complementario. Sería mejor que se lo apreciara como el objetivo hacia el cual se dirige toda la educación bioética como “ciencia básica”. La inculturación completa de los estudiantes en la profesión médica requiere que ellos vean, respondan a, y hablen con sus pacientes y los familiares de éstos, dentro del contexto de los compromisos morales que hacen de la medicina una de las profesiones tradicionales propiamente, a la vez que la protectora de importantes valores tanto de los pacientes como de la sociedad (6).

La Bioética, como disciplina clínica, es parte de la vida profesional de un médico. Es esencial para la orientación moral y de los valores. Los médicos se encuentran inmersos en un conjunto complicado de roles – a menudo conflictivos – que operan más allá de la medicina, entendida ésta sólo como ciencia aplicada. Los médicos interactúan y hacen de mediadores entre muchos objetivos – a veces en conflicto – de los pacientes, las instituciones y las sociedades. A veces los médicos deben desempeñar el papel de cuasi burócratas, recordando a los pacientes sobre sus derechos a categorías y variedades específicas de cuidado de salud, considerando además las circunstancias bajo las cuales tales solicitudes pueden estar circunscritas a limitaciones de recursos personales o institucionales, a preferencias personales o a limitaciones sociales. En otras ocasiones los médicos deben actuar como moderadores de valores y derechos. Ellos aprenden mediante la experiencia de tratar pacientes el significado de estar enfermo con enfermedades particulares y cuáles son las posibles consecuencias de las distintas alternativas de tratamiento y de estilos de vida. Por lo tanto, ellos pueden ayudar a los pacientes a analizar los varios objetivos, valores y deseos de los pacientes, a definir y evaluar las consecuencias potenciales (por ejemplo, las diferencias entre un tratamiento óptimo y los intereses en vivir una vida relativamente no limitada; entre evitar tratamien-

tos altamente invasivos y asegurar que se evite al máximo el riesgo de morir). Para actuar a la vez como burócrata y guía de valores, los profesionales médicos deben sentir y conocer las características morales de la comunidad, los objetivos, deseos y valores de sus pacientes, como también las nociones particulares del paciente sobre calidad de vida, una buena muerte y la dignidad personal (Engelhardt, 1995; 1996).

Para crear y mantener la atención sobre las dimensiones morales de la medicina uno no debe educar médicos solamente, sino que también maestros de médicos. La profesión médica debe educar a algunos a apreciar en profundidad los desafíos que enfrenta la medicina en la actualidad, y los que probablemente se encuentren en el futuro, de manera que puedan contribuir a la educación profesional futura. En muchas escuelas de medicina la experiencia es que alrededor de un 5% o más de los estudiantes tienen un interés especial en las humanidades médicas y en la Bioética en particular.

Están preocupados por los desafíos que enfrenta la medicina y están comprometidos a apreciar con bastante profundidad las respuestas disponibles a esos desafíos. Para esos estudiantes, la oportunidad educacional típica de que disponen todos los estudiantes de pregrado no será suficiente. Dichos estudiantes, luego de una comprensión profunda de la profesión a la que han ingresado, requieren adquirir no solamente las destrezas suficientes para enfrentar la mayoría de los desafíos médicos y morales que probablemente les traerá su práctica clínica. Como resultado, un número de escuelas de medicina ha dado el paso adicional de crear programas y oportunidades especiales para la educación en profundidad de sus estudiantes, con temas planteados correctamente sobre Bioética y asuntos morales en las políticas de atención de salud.

Por ejemplo, el Baylor College of Medicine, en su Centro de Ética Médica y Política de Salud, estableció un programa especial en ética biomédica conducente a un certificado que reciben los alumnos que combinan un enfoque de teoría ética y bioética con una ayudantía clínica de un mes en ética médica clínica, seguida de un curso tutorial de investigación en ética médica clínica que conduce a la presentación de un artículo publicable. Estos estudiantes muy a menudo tienen como objetivo carreras en medicina académica y por lo tanto tienen el compromiso de aportar a la educación médica de pregrado una visión desarrollada de cómo los valores morales y los asuntos éticos enmarcan la medicina y la práctica clínica.

En los Estados Unidos, la educación en Bioética o en ética médica ha sido distinguida y adoptada como un componente esencial del programa de pregrado de los estudios médicos. Todas las escuelas de medicina de alguna forma ofrecen a los estudiantes algún

nivel de introducción a los temas y razonamiento bioético (7). Además, existen más de 66 programas establecidos en Bioética o en humanidades médicas asociados con la educación médica de pregrado. Cada uno de esos programas aplican una variedad de perspectivas de Bioética, filosofía, leyes, religión y ciencias sociales para formar a los estudiantes de medicina con una mayor apreciación y sensibilidad a visiones de la medicina que sólo pueden ser aportados por dichos programas (8). La educación en Bioética y en ética médica han sido considerados como elementos esenciales para la formación de los estudiantes para la práctica de la medicina.

La educación en Bioética en general ha sido vista como necesaria para el desarrollo de las destrezas en razonamiento crítico que necesitarán los médicos para poder enfrentar los cambios tecnológicos y culturales significativos que seguramente experimentarán durante su carrera. Un médico graduado muy probablemente se dedicará a la práctica médica por unos cuarenta años. Si se considera la magnitud del cambio tecnológico y cultural que ha ocurrido en la sociedad en general, y en medicina en particular, durante los últimos cuarenta años y se proyecta sólo esa cantidad de cambio hacia el futuro, rápidamente se puede apreciar las muchas habilidades de adaptación que los médicos necesitarán tener durante sus carreras. Para que los médicos formados hoy sean capaces de responder a los desafíos que enfrentarán durante sus años de práctica, necesitarán adquirir las habilidades analíticas que ha comunicado tradicionalmente la filosofía como parte de la educación humanista. Ellos necesitarán identificar el juego de hechos, teorías, valores y estructuras sociales, de manera que no sólo puedan responder responsable y adecuadamente a los cambios, sino que como miembros de una profesión tradicional dirijan esos cambios de modo que maximicen los intereses de salud de los pacientes y la sociedad, a la vez que se protejan los valores morales más importantes (9). La Bioética, como filosofía en acción en la atención de salud, ha emergido como una piedra angular de las humanidades en la educación de los médicos que enfrentan demandas cambiantes en lo económico, político y social, en un ambiente de creciente tecnología y conocimiento científico. La Bioética, entendida en esta perspectiva, es esencial para la educación médica de pregrado. Es parte integral del entorno de un ethos profesional que sea reflexivo y esté atento a los valores que necesita desarrollar, a menudo en contra de grandes corrientes en contra.

NOTAS

- (1) Se debería considerar, por ejemplo, una discusión del legado Hipocrático respecto a la relación entre el amor al prójimo y la medicina. “Yo les ruego no ser insensibles, sino que considerar cuidadosamente la superabundancia a los medios de su paciente. Algunas veces brinden sus servicios en forma gratuita, recordando alguna acción benéfica previa o una satisfacción actual. Y si hubiera una oportunidad de servir a alguien que es un extranjero con dificultad económica, bríndele toda su asistencia. Porque en donde hay amor por el hombre (filantropía) también hay amor por el arte”. (Hipócrates, “Precepts”, traducción de W. H. S. Jones, 1984, pág. 319). Los médicos griegos hacían un retrato del médico bueno en términos de virtudes tanto morales como de otro tipo. El autor de “The Physician” sostiene que un médico “debe ser un caballero en cuanto a carácter y siendo así, debe ser serio y amable con todos”. (Hipócrates, traducción de W. H. S. Jones, 1981, pág. 311). Estas discusiones anticipan una historia larga de reflexiones sobre los médicos, sus deberes hacia los pacientes, la sociedad y otros miembros de la profesión.
- (2) El tema “el paciente como persona” es un aspecto persistente de esta discusión y reflexión. En ética general son las personas quienes tienen intereses en asuntos tales como derechos a la salud, consentimiento, suicidio, asignación de recursos escasos y eutanasia. Las cuestiones sobre obtención y asignación de órganos, anticoncepción e ingeniería genética humana sobresalen sólo en el contexto de entender a los pacientes como tales y por lo tanto tratados con el respeto y la dignidad que se merecen. Los estudiosos de las religiones han ubicado tradicionalmente sus reflexiones sobre estos temas dentro de los conceptos de las conductas correctas. (Véase por ejemplo, Hauerwas, 1977; Kelly, 1979 y Ramsey, 1970).
- (3) Se debería considerar la declaración provocativa de Edmund Pellegrino: “La medicina es la más humana de las ciencias, la más empírica de las artes y la más científica de las humanidades” (Pellegrino, 1979). Pellegrino incorpora supuestos relacionados al comportamiento humano a la moralidad de la profesión médica. La medicina debe ser un llamado moral. Las humanidades ofrecen una perspectiva intelectual, un comando mayor del contexto cultural y elevan la sensibilidad de los estudiantes y médicos hacia las cuestiones éticas y de valor de la medicina (Pellegrino y McElhinney, 1982). (Véase también T. Hope y cols., “Teaching Medical Ethics Symposium”, *Journal of Medical Ethics*, 1994).
- (4) El desarrollo de reglamentaciones bioéticas gubernamentales en los años de 1970

se centró en parte en la protección de los seres humanos como sujetos de experimentación. Sin reconocer el carácter moral seriamente fragmentado de la sociedad secular moderna, la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos confeccionó un conjunto de principios orientadores con el objetivo de ofrecer una guía canónica moral a las políticas de salud. La Comisión estableció una serie de principios morales que creyó debían orientar toda la investigación que incluyera a seres humanos (Comisión Nacional, 1978). Dicha política pública sería un equivalente secular a una ética médica completa para guiar la investigación médica.

- (5) Este método particular de enseñanza sistemática, que aplica a casos clínicos el juicio crítico de la teoría moral, es el enfoque practicado por Brody y Engelhardt en "Bioethics: Readings and Cases, 1987". El estudiante comienza con teoría moral general y se desplaza a discusiones filosóficas críticas de los roles de médicos y de otras profesiones en atención de salud, el consentimiento informado, el concepto de persona, la santidad de la vida, la atención de salud y la justicia. Finalmente, se exploran un número de casos tipo en un marco filosófico, teórico y conceptual, que incluye asuntos reproductivos, atención de salud pediátrica, consentimiento al tratamiento, dolor crónico, obtención de órganos, y muerte y proceso de morir.
- (6) La conciencia americana creciente sobre estos asuntos condujo a una serie de seminarios de postgrado sobre el humanismo en medicina, auspiciados por el National Endowment for the Humanities. Estos seminarios fueron diseñados para familiarizar a los profesionales de salud con los conocimientos y métodos de las humanidades. El objetivo fue en parte enseñar la relevancia del razonamiento filosófico en los problemas de la medicina (Engelhardt, 1975).
- (7) Incluso la educación relacionada con asuntos prácticos del consentimiento informado, consciente o inconscientemente, incorpora aspectos teóricos de Bioética, que han sido elaborados mediante una valiosa historia moral. La práctica del consentimiento libre e informado se desarrolló de la inquietud germánica de que las personas nunca fueran tocadas sin su permiso. (Véase, por ejemplo, el tratado clásico de Lea sobre tortura (1866), que indica que bajo la ley germánica antigua las personas libres estaban exentas de ser torturadas. Esta situación contrastaba claramente con la del mundo mediterráneo en general y después con el mundo cristiano. (Para una historia detallada de los orígenes antiguos del consentimiento y agresión informados, véase Engelhardt, 1991; también, Katherine F. Drew (traducción), "The Burgundian Code", 1972 y "The Lombard Laws", 1973; así como a Hölzle, 1925). Esta preocupación legal anglo – americana de no tocar a las personas sin su permiso concuerda con la importancia moral de respetar las opciones de los demás, incluyendo su libertad para determinar qué se hará con ellos. Los individuos son gene-

ralmente el mejor juez de sus propios mejores intereses. Este concepto es la justificación para el consentimiento informado por poder, en el cual la persona encargada de decidir es considerada el mejor juez para definir el mejor interés de su representado. (Para mayor discusión sobre el consentimiento por poder por parte de un representante, véase Engelhardt, 1996 págs. 327 – 328). (Para una historia del consentimiento informado, véase Faden y Beauchamp, 1986).

- (8) El Directorio Internacional de Organizaciones de Bioética incluye más de 158 organizaciones bioéticas sólo en los Estados Unidos. Entre aquellas listadas, al menos 60 estaban asociadas directamente con escuelas de medicina, mientras que muchas otras ofrecían recursos educativos y de consultoría a las escuelas médicas.
- (9) Esta consideración tiene efectos profundos en las reflexiones ético – médicas respecto al tratamiento fútil. Las interrogantes de si un tratamiento es útil o inútil deben inevitablemente responder a la interrogante que sigue de “útil o inútil para qué propósito”. (Véase el análisis extenso del tema en Kopelman, ed., “The Journal of Medicine and Philosophy”, vol. 20 no. 2, que asume el tema sobre “Disputas morales y conceptuales sobre cuándo los tratamientos son médicamente inútiles”).

BIBLIOGRAFÍA

Brody, BA y HT Engelhardt, Jr.: 1987, Bioethics: Readings and Cases. Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, Nueva Jersey.

Drew, KF (traducción): 1972, The Burgundian Code, University of Pennsylvania Press, Pennsylvania.

Drew, KF (traducción): 1973, The Lombard Laws. University of Pennsylvania Press, Pennsylvania.

Engelhardt, HT, Jr.: 1975, “The History and Philosophy of Medicine: A Report on a Post Graduate Seminar on the Humanities in Medicine”, Clio Medica, vol. 10(3).

Engelhardt, HT, Jr.: 1991, Bioethics and Secular Humanism; The Search for a Common Morality. Trinity Press International. Filadelfia.

Engelhardt, HT, Jr.: 1995, Los fundamentos de la Bioética. Ediciones Paidós, Buenos Aires.

Engelhardt, HT, Jr.: 1996, The Foundations of Bioethics. Oxford University Press. Nueva

York, 2ª edición.

Faden, RR y TL Beauchamp: 1986, *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press, Nueva York.

Hauerwas, S.: 1977, *Truthfulness and Tragedy*. University of Notre Dame Press, South Bend, Indiana.

Hipócrates: 1981, "The Physician", traducción WHS Jones, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Hipócrates: 1984, "Precepts" VI, traducción WHS Jones, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Hölzle, E.: 1925, "Die Idee einer altgermanischen Freiheit vor Montesquieu: Fragments aus der Geschichte politischer Freiheitsbestrebungen in Deutschland, England und Frankreich vom 16 – 18 Jahrhundert". R. Oldenburg, München.

Hope, T. Y cols.: 1984, "Teaching Medical Ethics Symposium", *Journal of Medical Ethics*, Vol. 20(4).

Kelly, D.: 1979, *The Emergence of Roman Catholic Medical Ethics in North America*. Edwin Mellen Press. Nueva York.

Kopelman, (ed.): 1995, *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 20, no. 2.

McIntyre, A.: 1981, *After Virtue*. University of Notre Dame Press. South Bend, Indiana.

Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research): 1979, *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar. Washington, DC.

Nolen, AL y MC Coutts: 1993, *International Directory of Bioethics Organizations*, National Reference Center for Bioethics Literature. Washington, DC.

Pellegrino, E.: 1979, Humanism and the Physician. University of Tennessee Press. Knoxville.

Pellegrino, E y T McElhinney: 1982, Teaching Ethics, the Humanities, and Human Values in Medical Schools, Society for Health and Human Values. Washington, DC.

Ramsey, P.: 1970, The Patient as Person, Yale University Press. New Haven.



**LA RELACIÓN ENTRE LA
BIOÉTICA Y EL DERECHO**

Dr. Carlos María Romeo Casabona

*Profesor de la Cátedra de Derecho y Genoma Humano
Fundación BBV. Diputación Foral de Biskaia
Universidad de Deusto
Bilbao, España*

No ha sido infrecuente para el Derecho, pero con una mayor aceleración a lo largo de este siglo, encontrarse con la necesidad de tener que enfrentarse a situaciones sociales nuevas, derivadas de los cambios en los sistemas de control y producción de bienes y servicios y de las relaciones económicas, de los descubrimientos o avances tecnológicos y científicos, o de las modificaciones en las relaciones interindividuales, en cuyo conjunto las Ciencias Biomédicas constituyen uno de los ejemplos más representativos. Las respuestas del Derecho han consistido muchas veces en asumir las relaciones sociales emergentes, positivizando, regulando o reconociendo (judicialmente) dichas relaciones; o bien aplicando a la nueva situación principios generales básicos ya integrados jurídicamente, como son los de respeto a la autonomía individual y a la dignidad de la persona, categorías informadoras y resultorias decisivas para la configuración del ser humano en la actualidad, sin perjuicio de los problemas que plantea determinar el alcance de la primera y el significado más preciso de la segunda; o, por fin, adelantándose a las concepciones sociales, al introducir, mediante sus propios recursos de creación normativa, nuevos principios axiológicos, aunque este fenómeno ha sido más excepcional.

El Derecho, sin embargo, no siempre opera de este modo, sino que en ocasiones sucede que no se pueden extraer del mismo principios regulativos unívocos, es decir, no está en condiciones de ofrecer respuestas adecuadas válidas para realidades o fenómenos sociales nuevos, como está ocurriendo en cierta medida con las Ciencias Biomédicas, puesto que ofrecen perspectivas nuevas sobre la comprensión por parte del ser humano de nociones tan fundamentales y enraizadas como la vida y la muerte, la salud y la integridad personal, así como aspectos nuevos relativos a la reproducción y el patrimonio genético, todas ellas confrontadas con la capacidad de decisión del individuo. Por su parte, la sociedad se ve forzada a tomar partido en estos cambios, sabiendo que van a comportar sustanciales efectos para las generaciones actuales y venideras, y en concreto para el ejercicio de la Medicina, que se ha definido de forma muy reveladora como empresa moral (1). En este caso, como en el anterior, el problema (o uno de ellos) jurídico consiste en detectar los nuevos valores ético – sociales necesarios para asimilar o hacer frente a esa también nueva realidad social, en cómo se integran en el Derecho y, lo que no es menos importante, cómo se van perfilando o “creando” esos valores ético – sociales. Y es entonces cuando se plantea la relación entre Ética y Derecho, y en qué forma puede ser aquélla fuente de la reelaboración jurídica y de la producción nor-

mativa, dejando sentada la independencia de ambas y de las formas propias en que opera el Derecho.

Podemos coincidir en que la moral es un imperativo de conducta individualmente asumido o aceptado, aunque no exista un coercimiento externo en su observancia: se acepta o se cumple voluntariamente porque el individuo lo considera en su convicción valioso o bueno; mientras que la ética consiste en los criterios y teorías sobre el comportamiento correcto, explicado desde la concepción axiológica de que se parta, pues aquélla tampoco es unidimensional (2 – 3). Con el fin de plasmar su dificultad, se ha descrito (en concreto, la forma de decisiones éticas) como el arte de sacar conclusiones suficientes de premisas insuficientes, que se basa en la predicción del mundo futuro que se dará si emprendemos determinada acción y en la valoración que, en cierta manera, hagamos de ese posible mundo futuro, lo que nos conduce a la incertidumbre sobre el acierto de la decisión adoptada (4). La Bioética pretende encontrar respuestas específicas a estos nuevos problemas de la Biomedicina, incluyendo en ésta la Biotecnología. En cualquier caso, la Bioética no suele ser entendida como una disciplina especial, sino especializada, dentro de la Ética general (de la cual se nutre en buena parte de sus fundamentos, y a la inversa, desarrolla aquélla), no tanto como Ética teórica como cuanto aplicada (5).

De todos modos, si bien no tiene todavía completamente definidos sus contornos, a la vista de su evolución actual puede afirmarse que la Bioética es un claro ejemplo de aproximación a un objeto de estudio común multidisciplinar, en la que confluyen diversas ciencias, además de la Ética, con sus respectivas perspectivas y metodologías propias. En este sentido amplio de su manifestación empírica, también el Derecho se integraría en ella. De todos modos, se ha apuntado acertadamente la influencia de la tendencia norteamericana a elaborar los problemas éticos como si fueran problemas legales, conflictos de intereses y “valores subjetivos” (6). Todas estas características (7), añadidas a su marco ideológico plural y transnacional, pretenden a que la Bioética se configure así como un poderosísimo pero todavía potencial instrumento intelectual de reflexión, de elaboración de criterios de orientación y de punto de partida para la toma de decisiones oponibles a las tentaciones de los excesos del Estado, de los poderes fácticos difusos de presión (políticos, económicos, industriales) (8) y, si fuera necesario, de los propios investigadores. Frente a las experiencias terriblemente negativas de épocas pasadas es posible asumir hoy un prudente optimismo que, como he sostenido en otro lugar, permita conjurar la sociedad biocrática en favor del hombre bioética (9).

El Derecho también se desenvuelve en el mundo de lo axiológico, de los valores, igual que

la Ética. Pero la separación entre ésta y el Derecho debe situarse, en lo que aquí nos interesa, tanto en el carácter coercitivo de éste, como en la forma de manifestarse, a través de la ley (o de las decisiones judiciales en el sistema del “common law”), que se legitima cuando ha sido emanada en el seno de un Estado democrático y por ello pluralista. En este sentido, se ha afirmado que dicha separación conceptual que nos ocupa “sólo es posible en el contexto de una Constitución democrática que interiorice, dándoles positividad, los valores dominantes en una sociedad determinada, y produzca con base a ellos leyes respaldadas por el consenso de la mayoría” (10). Sin embargo, es cierto que la Constitución (cualquier constitución) no implica en sí misma una “ética mínima” (ejemplos históricos comparados tenemos que lo acreditan), sino que es algo que se debe demostrar en cada caso (11). No se quiere afirmar con ello que sea necesaria una previa vinculación a un orden jurídico preconstituido (la ley natural) (12), pero sí al menos a una concepción del ser humano comúnmente aceptada como ser autónomo, del que se deriva su trato en igualdad y autorresponsabilidad (13); de ellos puede deducirse el de dignidad humana. Sólo así se puede evitar la arbitrariedad en la decisión para abordar y resolver cada caso concreto, totalmente desvinculada de las demás (14); también sólo así se puede satisfacer la pretensión de generalización que caracteriza al Derecho. Pero, una vez más, el pluralismo impone llegar a un acuerdo social sobre cuál es el contenido de cada uno de aquellos principios (u otros que se tomen como referencia), su alcance y límite respectivo y su relación jerárquica interna. En último extremo, la Bioética aspira, como último objetivo, aportar al Derecho (al legislador, en su caso) orientaciones en esta tarea (15), pero para éste el compromiso es mayor, puesto que debe intentar aportar un criterio nítido y en principio unívoco (ya volveremos sobre este particular más abajo) válido para la resolución de cada caso concreto.

La Constitución del Reino de España de 1978 – y de modo semejante las constituciones o leyes fundamentales de otros Estados – se configura como el instrumento adecuado de donde extraer esos valores aceptados socialmente. En este sentido, podemos asumir que la Constitución contiene frecuentemente no una única solución, sino un marco de respuestas, unas veces más perfiladas y otras más indeterminadas, sin que en este caso signifique que exista una indeterminación absoluta, pues siempre hay unos límites, aunque sean difíciles de precisar en ocasiones (16). Por otro lado, es posible aceptar que si bien determinada interpretación no encuentra soporte en la Constitución, tampoco se opone a ella, sin que ello suponga, por consiguiente, que en ese caso sea exigible el reconocimiento de una pretensión constitucionalmente sustentada. Pues tampoco se puede pretender obtener respuestas explícitas de la Constitución en todos los casos, sino que en ocasiones habrá que conformarse tan sólo con interpretaciones o concep-

ciones compatibles con ella. Esta amplitud que acoge la Constitución española es la necesaria consecuencia del pluralismo (art. 1.1) e ideológico (art. 16) que proclama, que fueron precisamente los que dieron lugar a su configuración. Sin embargo, la circunstancia de que esta Constitución fuera fruto de un compromiso político y social no significa que admita en su seno cualquier teoría o concepción política del Estado (17), sino el pluralismo político dentro de la concepción del Estado que establece la propia Constitución: el Estado Social y Democrático de Derecho (art. 1.1); pluralismo que, en efecto, puede dar lugar a divergencias en la concepción de cómo se configura ese Estado Social y Democrático de Derecho o, incluso, a promover la modificación misma de la Constitución para dar cabida a una concepción distinta del Estado. Todo este conjunto de características es decisivo para el modo de operar del poder legislativo en el momento de desarrollar los preceptos constitucionales y de los demás intérpretes de la ley (el Tribunal Constitucional, los tribunales ordinarios, los juristas científicos, etc.).

En efecto, ese marco, más o menos amplio según los casos, permite obtener la solución más adecuada a la ideología gobernante o, si se trata del desarrollo de derechos fundamentales, al conjunto social representado en el poder legislativo (las Cortes Generales o Parlamento) gracias al consenso social que aquéllos requieren, derivado de la exigencia constitucional de mayorías parlamentarias cualificadas (18). Indudablemente, en esta fase la contribución de la Ética, de la Bioética (19), continúa siendo imprescindible, en cuanto que su discurso propio y característico puede ayudar a la obtención de derivaciones valorativas del texto constitucional – compatibles, por consiguiente, con el mismo – antes de iniciar el proceso de la positivación de los valores más aceptables en el conjunto social y necesarios para la conservación de la sociedad (20).

Para lo expresado y lo que sigue, me parece atinada la distinción que menciona Ruiz Miguel (21), de moralidad crítica (el intérprete deduce conforme a sus propios criterios la interpretación de la norma jurídica) y de la moralidad positiva (acude a los criterios morales socialmente vigentes), que de forma tal vez no tan nítida vengo exponiendo. Pues aunque el último ha de reconocerse como punto de partida, no siempre podría dar lugar a resultados satisfactorios. Piénsese que de seguir las convicciones ético – sociales generales, podría llegar a favorecer injustamente ‘leyes’ como la de Linch, como sugiere el autor citado (22), o la reforma constitucional a favor de la pena de muerte.

Esta reflexión significa también que los procedimientos habituales de interpretación utilizados para averiguar el sentido de la ley (interpretación gramatical, lógica, semántica, histórica, teológica) (23), sólo pueden ser utilizados en la relación con la Constitución de

forma relativa (24). La interpretación de las leyes infraconstitucionales debe conducir, entre las varias posibilidades interpretativas posibles, a una sola que vincule al intérprete en la vida jurídica práctica (25), como la única válida, y ello explica, entre otras razones, que en la práctica judicial las instancias superiores (por ejemplo, el Tribunal Supremo, la Corte de Casación, etc.) estén legitimadas, si se les requiere para ello, a revisar si efectivamente se aplicó la norma de acuerdo con esa interpretación considerada como correcta, sin perjuicio de las adaptaciones que propicie la realidad social del tiempo en que han de ser aplicadas, atendiendo fundamentalmente al espíritu y finalidad de aquélla (art. 3.1 del Código Civil español). En cambio, en relación con la Constitución más que de interpretación debería hablarse con más propiedad de “concreción” (26) de los preceptos constitucionales dentro de ese marco de respuestas en función del caso al que van a ser aplicados. Por otro lado, al carecer la Constitución de otras referencias jerárquicas superiores que sirvan de ayuda en la tarea interpretativa o de concreción, a diferencia de lo que sucede con el resto del ordenamiento jurídico, que encuentra su soporte interpretativo precisamente en la Constitución, resulta inevitable que en ella se introduzcan elementos metapositivos (27). No obstante, podríamos señalar algunas ayudas que la propia Constitución se otorga a sí misma, al menos por lo que se refiere a la española: la Declaración Universal de Derechos Humanos y demás acuerdos y tratados internacionales ratificados por España (art. 10.2); el respeto al contenido esencial de los derechos y libertades que reconoce (art. 53.1). En relación con este último existe, de todas formas, el riesgo de volver al punto de partida, al intentar determinar cuál es ese contenido esencial (28).

En efecto, si el legislador en el desarrollo de un derecho fundamental debe respetar el contenido esencial del mismo, es lícito metodológicamente hablando, preguntarse no sólo si determinada ley lo ha respetado, sino también cuál es el contenido esencial de ese derecho fundamental en cuestión reconocido por la Constitución, que habrá de vincular tanto al legislador futuro como al intérprete de ella cuando surja un conflicto de tal derecho fundamental en relación con otros también fundamentales.

El descuido del método en la averiguación del sentido (del marco) de los preceptos constitucionales, así como el recurso a criterios extra – o preconstitucionales, en muchas ocasiones puramente subjetivos (29), ha originado una considerable confusión. El significado de “valores superiores”, de “persona”, de “derechos (subjetivos)” y otros términos se ha pretendido encontrar, bien en concepciones de los mismos no deducidos de la Constitución (o no deducibles de su marco interpretativo) o bien extraídos del ordenamiento jurídico infraconstitucional, invirtiendo en este último caso el método. Por otro lado, es atinada y honesta la observación de lo que prácticamente todos los estudiosos realizan

(¿realizamos?), aunque no se confiese, cuando se enfrentan a un caso concreto constitucionalmente implicado: “el intérprete comienza por tomar una decisión en cuanto a la solución más adecuada al problema, para luego buscar los criterios de interpretación que mejor contribuyan a fundamentar normativamente aquella decisión” (30). Se trata, por consiguiente, de una dialéctica discursiva ajena y previa a la no menos compleja de la fundamentación de los derechos humanos que han cristalizado en derechos fundamentales, que frecuentemente se sitúa en posiciones metapositivas más o menos declaradas y asumidas (31).

Estimo de la máxima importancia poner de relieve estas características, dificultades y “desviaciones” en el manejo de los preceptos constitucionales, pues es el único modo de comprender el ingente esfuerzo que supone encontrar el sentido genuino de los derechos fundamentales – de cada concreto derecho fundamental – , como sucede con el art. 15 de la CE, al declarar que “todos tienen derecho a la vida” – como he dicho, eje de esta investigación – ; sólo así pueden explicarse tantas y tan divergentes, cuando no contradictorias, interpretaciones de dicho precepto, principalmente en relación con la protección constitucional del nasciturus o de la existencia de un derecho a disponer de la propia vida.

Sin perder de vista las anteriores puntualizaciones, del numeroso instrumental que contiene la Constitución española podemos destacar, en primer lugar, los valores superiores del ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político (art. 1.1); en segundo término, la dignidad de la persona, los derechos que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social (art. 10.1); la ya señalada vinculación expresa a la Declaración Universal de Derechos Humanos y a los Convenios internacionales como fuente de interpretación de las normas constitucionales relativas a los derechos fundamentales (art. 10.2); el principio de igualdad y de no discriminación (art. 14); así como, por fin, cada uno de los diversos derechos fundamentales y libertades públicas que la Constitución reconoce (art. 15 a 29) y otros derechos constitucionales (art. 30 a 38).

En esta constelación normativa constitucional encontramos el apoyo suficiente para que los valores que consagra o que se pueden deducir de ella proyecten su reflejo correspondiente en la interpretación del conjunto del ordenamiento jurídico en la medida en que sea aplicable a las implicaciones jurídicas de los avances biomédicos o en la actividad legislativa relativa a esta materia. La labor interpretativa del juez, el recurso a

los principios generales del derecho, así como el consenso antes aludido en las tareas legislativas se convierten en los instrumentos más eficaces para la incorporación social de esas perspectivas valorativas nuevas o revisadas. Así sucede con los principios como el de igualdad, la tolerancia, la autonomía individual, autorresponsabilidad, la dignidad humana, la inviolabilidad de la persona, la inalienabilidad del cuerpo humano (esto es, su exclusión del comercio), la solidaridad, etc.

Para avanzar en este bosquejo metodológico, debo recordar que la dialéctica entre Ética y Derecho, al menos en lo que se refiere a su proyección en las Ciencias Biomédicas (Bioética), ha de aceptar, en mi opinión, como premisas irrenunciables estos mínimos puntos de confluencia:

1º La reflexión y la búsqueda de principios regulativos o, incluso, la imposición de limitaciones cuando se entiendan necesarias, no corresponde de modo exclusivo a los investigadores artífices de los nuevos avances y descubrimientos de las tecnologías que les sirven de soporte o a los profesionales que los aplican (32). La explicación es bien sencilla; recordémosla: más que ninguna otra rama del saber, las Ciencias Biomédicas comportan una incidencia directa sobre el ser humano en todo su proceso vital y en su propia identidad colectiva.

De ahí que, al afectar potencialmente a toda la colectividad, en la discusión deba participar ésta, a través de las personas o de los grupos que, por su preparación, cualificación o interés, puedan crear opinión o sean capaces de aglutinar o encauzar las ya existentes. Por consiguiente, el foro del debate ha de ser necesariamente multi e interdisciplinar, en el que han de estar presentes técnicos, investigadores y clínicos, pero también filósofos, juristas, especialistas en ética y moral (confesional y no confesional), sectores de la población en general, así como psicólogos, sociólogos y economistas, cuando sea oportuno por razón de la materia. Sólo con este proceder se podrán tener en cuenta todos los aspectos de la cuestión desde las diversas perspectivas del pensamiento, que de otro modo serían siempre parciales y unilaterales.

2º Debe asegurarse también el pluralismo en la discusión, al que tantas veces he apelado; pluralismo ideológico, de creencias o concepciones de cualquier clase. Sólo de este modo se garantizará que en la discusión se integren los diversos intereses o puntos de vista que, con mayor o menor intensidad se encuentran enraizados en la comunidad o vayan germinando en su seno. El objetivo de este pluralismo es que la fijación de principios o la adopción de acuerdos se obtenga a través de la confluencia plural, para llegar

a un consenso que como resultado de aquélla permita la mayor aceptación social posible, sin olvidar que este procedimiento obliga a recíprocas renunciaciones de unas concepciones en favor de las demás. Ciertamente que el consenso es inevitable en la producción normativa que corresponde al poder legislativo, el cual opera mediante el esquema del predominio de las mayorías. En concreto, esto es lo que sucede en el sistema jurídico español cuando la ley que se pretende aprobar afecta a los derechos fundamentales y libertades públicas reconocidos en la Constitución, al ser necesaria la mayoría absoluta (art. 81.2 de la Constitución).

3º Como medio de canalización de estos objetivos, creación de opinión, fomento del debate en la opinión pública y orientación de las instancias públicas, se ha comprobado de modo suficiente la importancia y utilidad de los llamados Comités nacionales de Bioética, ya existentes en diversos países, con estructura y funcionamiento diferentes de unos a otros. En cualquier caso, un Comité de estas características ha de ser independiente de los poderes públicos, plural y diverso en las representaciones ideológicas y científicas o profesionales y no coercitivo o directivo, pues no puede pretender reemplazar los procedimientos jurídico – constitucionales establecidos de creación o de interpretación normativa (33). Por otro lado, los comités de ética hospitalarios han de cumplir una función esencial en la práctica cotidiana de la Medicina, ayudando – pero nunca suplantando – al médico clínico a orientarse en la toma de decisiones conflictivas, muchas veces derivadas de los avances y aplicaciones de los descubrimientos de las Ciencias Biomédicas.

4º Se ha de tender a la uniformización de criterios, incluso en el ámbito supranacional e internacional, armonizando las legislaciones correspondientes, como se viene propugnando cada vez con mayor insistencia (34). De este modo se previene que se pueda burlar una ley nacional acudiendo a otro país carente de regulación o con una normativa más permisiva, dando lugar, por ejemplo, a “paraísos genéticos” o de experimentación. Por tal motivo, las aportaciones de organismos internacionales son inexcusable referencia y punto de partida: en nuestro caso, el Consejo de Europa y la Unión Europea en el ámbito regional, y la Organización Mundial de la Salud, la UNESCO y otras instituciones de la Organización de las Naciones Unidas, en el ámbito universal.

En esta línea, destaca el esfuerzo que está realizando el Consejo de Europa para la ya muy próxima aprobación de un Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina: Convenio sobre Bioética; Convenio – Marco que será susceptible de ser completado mediante Protocolos sobre materias específicas, y que estará abierto también a la firma

de los Estados no miembros de dicho organismo. De todos modos, la denominación de este Convenio en su subtítulo (“de Bioética”) no debe confundirnos sobre su verdadera naturaleza: será un instrumento estrictamente jurídico, con todas las características y notas propias de las normas jurídicas, a cuya confección ha contribuido – ciertamente – el discurso bioético, pero no será de ningún modo un documento ético, sin perjuicio del sustrato (bio -) ética que le ha dado origen (35).

5º El recurso a la intervención del Derecho ha de presentar diversos enfoques (36): la instrumentalización jurídica ha de ser prudente y sobria, resolviendo únicamente aquellos problemas inaplazables necesitados de regulación jurídica y sobre los que exista un mínimo acuerdo; elástica y abierta a valores diferentes y a nuevas materias, de modo que no incorpore criterios rígidos incompatibles con otras concepciones asumibles y con nuevas perspectivas y situaciones; variada, para lo que no se ha de recurrir únicamente a la reglamentación jurídica legislativa, sino también a la actuación judicial, reconociendo su función ya señalada de aplicar los instrumentos normativos ya existentes a las situaciones conflictivas que se le presenten, descubriendo en aquéllos nuevas posibilidades interpretativas y regulativas.

REFERENCIAS

1. BUENO SANCHEZ, *Algunos problemas éticos en pediatría*, en “Arch. Esp. de Pediatría”, Nº 34, 409 y ss. (1991).
2. *Realmente, no podemos entrar a mayores distinciones de materias tan complejas, que desbordarían nuestro propósito sobre el enfoque metodológico. V. al respecto*, T. L. BEAUCHAMP, *Ethical Theoty and Bioethics*, en “*Contemporary Issues in Bioethics*” (T. L. Beauchamp / L. Walters, eds.), 2ª ed., Belmont, 1982, 1 y ss.; H. T. ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 1986, 23 y ss.; Bernard HÄRING, *Moral y Medicina*, Ed. P. S., Madrid, 1972, 31 y ss.; John LADD, *The Task of Bioethics*, en “*Encyclopedia of Bioethics*” (ed. W. T. Reich), The Free Press, New York, 1978 (reimp. 1982), 400 y ss.; Carlo LEGA, *Manuale di Bioetica e Deontologia Medica*, Giuffrè, Milano, 1991, 101 y ss. Hans – L. SCHREIBER, *Recht und Ethik* en “*Recht und Ethik in der Medizin*” (W. Doer / W. Jacob / A. Laufs, eds.), Springer, Berlin, 1982, 16; Paul SPORKEN, *Medizinische Ethik*, en “*Lexikon Medizin, Ethik, echt*” (A. Eser / M. v. Lutterotti / P. Sporken, eds.), Herder, Freiburg i. Br., 1989, 713 y s.
3. *Sobre el método en Bioética, v. el amplio análisis de Diego GRACIA GUILLEN*,

- Fundamentos de Bioética*, Eudema, Madrid, 1989, 392 y ss.
4. G.H. KIEFFER, *Bioética*, Ed. Alhambra, Madrid, 1983, 50.
 5. V. José A. MAINETTI / María J. BERTOMEU, *La Fundamentación de la ética biomédica*, en "Jano", N° 649, 50 (1985); Arthur KAUFMANN, *Rechtsphilosophische Reflexionen über Biotechnologie und Bioethik an der Schwelle zum dritten Jahrtausend*, en "Archiv für Rechts – und Sozialphilosophie", 1991, 16 (publicado también en "Juristen Zeitung", 1987, 837 y ss.).
 6. V. José A. MAINETTI / María J. BERTOMEU, *La fundamentación de la ética biomédica*, cit., 53.
 7. *De las que se desprende que concibo la Bioética como una auténtica ciencia multidisciplinar que tiene por objeto el estudio de las consecuencias derivadas de los desarrollos y las aplicaciones de las Ciencias Biomédicas para el ser humano en todo su proceso vital, proponiendo el marco de su licitud ética y jurídica. Por consiguiente, es independiente de la deontología médica. De todos modos, todavía no es pacífica la cuestión de su definición conceptual. V. sobre diversas propuestas*, LEGA, *Manuale di Bioetica e Deontologia Medica*, cit., 10 y ss.
 8. *En sentido similar*, LEGA, *Manuale di Bioetica e Deontologia Medica*, cit., 103.
 9. Carlos M. ROMEO CASABONA, *La persona entre la Biotecnología, la Bioética y el Derecho*, en "Folia Humanistica", N° 276, 37 (1986).
 10. MARTIN MATEO, *Bioética y Derecho*, cit., 163.
 11. GRACIA GUILLEN, *Fundamentos de Bioética*, cit., 595, quien añade que lo que sí es cierto es que la Constitución explicita unos principios éticos, y en ese sentido sí podría hablarse de una "Ética Constitucional".
 12. *Lo que no impide reconocer unas tendencias valorativas constantes (o que se han ido reforzando) en la evolución de la humanidad. V. sobre los riesgos de pretender fundamentar las soluciones éticas y jurídicas a los problemas planteados por las Ciencias Biomédicas*, KAUFMANN, *Rechtsphilosophische Reflexionen über Biotechnologie*, cit., 19 y ss.; Sergio MOCCIA, *Bioetica o 'Biodoritto'? Gli interventi dell'uomo sulla vita in fieri di fronte alsistema penale dello stato sociale di diritto*, en "Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale", 865 y ss. (1987).
 13. KAUFMANN, *últ. lug cit.*, 21 y ss. *intenta deducir unos principios para la argumentación ética o filosófico – jurídica en relación con la Biomedicina extraídos de las experiencias de la Historia de la Filosofía: el principio de trato igual, de generalización, de autonomía, de lealtad, de responsabilidad y de tolerancia.*
 14. KAUFMANN, *últ. lug cit.*, 21.
 15. LEGA, *Manuale di Bioetica e Deontologia Medica*, cit., 129, indica en concreto que *la Bioética solicita al legislador que establezca alguna forma de límite que man-*

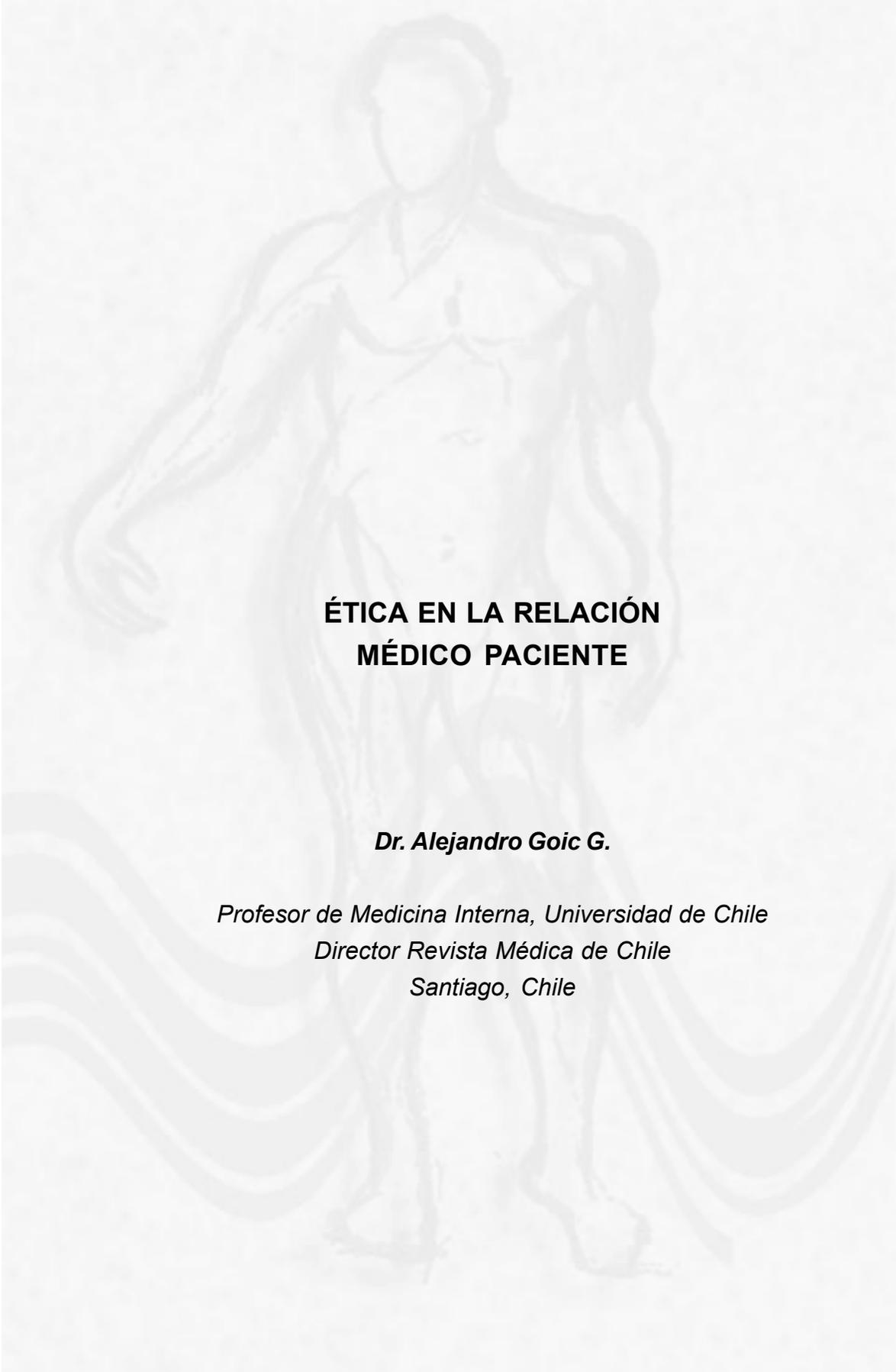
- tenga la licitud moral en las investigaciones de los biólogos y sobre todo en la aplicación de los resultados de aquéllas cuando estén implicados los procesos existenciales de la vida humana desde la concepción hasta la muerte.*
16. V. Carlos M. ROMEO CASABONA, *Ética Médica y Derecho*, en “*Quadern CAPS*”, Nº 19, 60 y ss. (1993).
17. *Como parece desprenderse de Patricia LAURENZO COPELLO, El aborto no punible, Bosch, Barcelona, 1990, 42 y s., aunque ella misma reconoce (ob. cit., 43) que es el pluralismo político dentro de la concepción del Estado que define la propia Constitución.*
18. V. Carlos M. ROMEO CASABONA, *Ética Médica y Derecho*, cit. 63.
19. V. *puntualizaciones sobre el particular, GRACIA GUILLEN, Fundamentos de Bioética, cit., 579.*
20. V. *sobre las relaciones entre el Derecho (el Derecho Penal) y la Ética Social, José CEREZO MIR, Curso de Derecho Penal Español, Parte General, I, 4ª ed., Tecnos, Madrid, 1994, 17 y s.; SCHREIBER, Recht und Ethik, cit., 23 y s.*
21. Alfonso RUIZ MIGUEL, *El aborto: problemas constitucionales, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990, 31 y ss.*
22. RUIZ MIGUEL, *El aborto: problemas constitucionales, cit., 33 n. 18 y 19. La dificultad radica en encontrar criterios para aplicar uno u otro procedimiento, como reconoce el autor, pero no estaría de acuerdo con él en que el contenido moral de los derechos de defensa debe ser independiente de toda referencia a la moralidad social, sino – en mi opinión – al que reforzase mejor aquellos derechos, y en otros casos al que mejor garantizase el pluralismo social y la tolerancia (o convivencia).*
23. V. CEREZO MIR, *Curso de Derecho Penal Español, Parte General, I, cit., 59 y s. De acuerdo con él, parece más correcta la teoría objetiva de la interpretación. V. también Karl ENGISCH, Einführung in das juristische Denken, 3ª ed., Kohlhammer, Stuttgart, 1964, 77 y ss.*
24. Así, también LAURENZO COPELLO, *El aborto no punible, cit., 12 y ss., y 18.*
25. V. CEREZO MIR, *Curso de Derecho Penal Español, Parte General, I, cit., 59.*
26. *En este sentido, LAURENZO COPELLO, El aborto no punible, cit., 8 y 18 y s., siguiendo a Böckenförde y a Müller.*
27. LAURENZO COPELLO, *El aborto no punible, cit., 20. En sentido semejante, RUIZ MIGUEL, El aborto: problemas constitucionales, cit., 31 y s.*
28. *La referencia a los valores superiores (art. 1.1), a la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1), normas a las que se reconoce su función interpretativa o filtro de los*

derechos fundamentales y demás preceptos constitucionales, son también instrumentos muy valiosos en esta tarea, pero por su imprecisión, contienen quizá un mayor riesgo de indeterminación, y es inevitable en algunos de ellos la referencia a valores metapositivos o morales.

29. *Quizá los excesos de la instrumentalización discursiva han llevado a Adela CORTINA, Ética mínima: Introducción a la Filosofía práctica, Tecnos, Madrid, 1986, 136 y ss. (cit. por Gracia Guillén en Fundamentos de Bioética, cit., 573 y s.) a la afirmación de que no existe un auténtico pluralismo moral y que el mal básico de nuestro país está hoy en la misma aceptación de una moral utilitarista de medios y fines: “el triunfo de la razón instrumental [ha supuesto] la muerte del universo moral”.*
30. *LAURENZO COPELLO, El aborto no punible, cit., 18.*
31. *V. Carlos S. NINO, Ética y derechos humanos, Ariel, Barcelona, 1989, 14 y ss.*
32. *De este parecer, Albin ESER, ¿Genética, “Gen – Ética”, Derecho Genético? (trad. C.M. Romeo Casabona), en “La Ley”, Nº 1397, 2 (1986).*
33. *Sin perjuicio de que en algunos países se les hayan asignado funciones de cooperación con la Administración sanitaria (por ejemplo, de acreditación o control sobre determinadas actuaciones a centros sanitarios o grupos de investigación o clínicos), o existan otros específicos con tales fines, como los de reproducción asistida, ensayos clínicos, etc.*
34. *V. en este sentido la Declaración de Bilbao, en el “Encuentro Internacional sobre el Derecho ante el Proyecto Genoma Humano”, celebrado del 23 al 26 de mayo de 1993 en la Universidad de Deusto (Bilbao), bajo los Auspicios de la Fundación BBV y la Diputación Foral de Vizcaya: “Es aconsejable elaborar acuerdos internacionales y armonizar las leyes nacionales para regular la aplicación de los conocimientos genéticos, así como instaurar un control supranacional” (Conclusión 8ª).*
35. *Una peculiar relación entre Ética y Derecho se establece de forma excepcional en relación con los ensayos clínicos de productos farmacéuticos. En efecto, la Ley española del Medicamento, de 20 de diciembre de 1990, remite expresamente a normas éticas: “Los ensayos clínicos deberán realizarse en condiciones de respeto a los derechos fundamentales de la persona y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica en la que resultan afectados seres humanos, siguiéndose a estos efectos los contenidos en la declaración de Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados” (art. 60.2; en el mismo sentido el Real Decreto 561 / 1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos, art. 10). Sin entrar ahora en otras consideraciones, no cabe duda que esos postulados éticos a los que remite la Ley, que han sido acogidos por ella, se han convertido en normas*

jurídicas de obligado cumplimiento.

36. V. Stefano RODOTA, *Le droit face aux dilemmes moraux de la vie et de la mort*, en "XXth Colloquy on European Law", Glasgow, 1990, Council of Europe, Strasbourg, 1992, 14.



**ÉTICA EN LA RELACIÓN
MÉDICO PACIENTE**

Dr. Alejandro Goic G.

*Profesor de Medicina Interna, Universidad de Chile
Director Revista Médica de Chile
Santiago, Chile*

La RMP está modulada por factores sociales y culturales y se da en un plano intelectual y técnico pero, también, afectivo y ético. Factores sociales y culturales influyen en la consulta a un médico determinado en el escenario de la RMP y en las decisiones terapéuticas. Afectan negativamente a la RMP la impersonalidad en el trato, la actitud de juez y la petulancia del médico. Este debe esforzarse para que en la RMP se generen sentimientos positivos, lo que favorece el diagnóstico y tratamiento.

Todo enfermo es un ser angustiado; el médico debe aliviar su angustia y no acrecentarla, así como reconocer y manejar sus propias emociones. La primera obligación ética del médico tener conocimientos actualizados. Todas sus decisiones clínicas cotidianas las adopta no sólo por razones técnicas sino que también éticas. La RMP deja secuelas que influyen en los actores de la RMP y en el curso de la enfermedad. La formación antropológica y ética del médico y el dominio de habilidades semiológicas, no reemplazables para la tecnología, son decisivas para el ejercicio de una medicina humana, técnica, ética y socialmente eficaz.

La medicina clínica incluye todo aquello que pone al médico en contacto con la realidad individual del enfermo y que le permite diagnosticarlo y tratarlo. Este procedimiento lo hace a través de la información que recoge con su inteligencia y sus sentidos y la que le proporcionan los métodos auxiliares de diagnóstico (1). La Relación Médico – Paciente (RMP) es un elemento decisivo en la práctica de la medicina clínica.

En último término, la actividad diagnóstica del médico y el éxito de su acción terapéutica se consumen en el encuentro con su paciente. Es cierto que la relación no es exclusiva con él; lo es, también, con la familia del enfermo, con sus parientes o amigos. En la RMP la familia adquiere, en ocasiones, una especial relevancia, como en el caso de la medicina infantil o del paciente comprometido de conciencia. Sin embargo, en estas situaciones la relación con los otros se genera en función con la relación interpersonal con el paciente; la relación no existiría si no fuera porque esa persona requirió de la ayuda del médico.

Muchas de las insatisfacciones y críticas a la profesión médica, así como juicios legales por negligencia médica, se deben a una RMP insatisfactoria más que a eventuales

insuficiencias técnicas del médico. De allí que todo análisis, reflexión y enseñanza respecto a la RMP nunca será excesiva (2), (3).

La RMP incluye no sólo el momento del encuentro efectivo entre el médico y su paciente, sino que todo lo que acontece de la relación y el curso de la enfermedad.

RELACIÓN INTERPERSONAL

La RMP aun cuando es una relación técnica *sui generis*, es primariamente una relación interpersonal, en la que el respeto a la condición propia de seres humanos tiene una categoría que sobrepasa con mucho una relación meramente profesional y en cierto modo la condiciona.

Relación interpersonal implica el encuentro de dos personas – dos seres humanos -, dotadas ambas de inteligencia, de libertad y de intimidad y de una historia personal única e irrepetible. En consecuencia, dos seres dignos de consideración y de respeto mutuo.

La RMP es sólo una modalidad especial de relación interpersonal: en este caso, el encuentro entre el médico y el paciente en su rol de tales. Dos actores, en el que uno – el enfermo – es un ser que sufre un desorden en su salud y, otro el médico capacitado para otorgársela. El paciente es un ser sufriente y desvalido y el médico es un ser poderoso, en razón de los conocimientos, habilidades y destrezas que posee para aliviar su sufrimiento y desamparo. La RMP es, por tanto, una relación de ayuda y este es su objetivo principal. Está reñido con la condición de médico herir al enfermo en su dignidad personal o causarle agravio o daño. El enfermo es una persona y no un mero objeto de manipulación diagnóstica y terapéutica.

Pero al ser la RMP una relación entre alguien que solicita y otro que otorga, la convierte en una relación asimétrica (exclusivamente desde este punto de vista).

El médico en el ejercicio de su rol se encuentra frente a su enfermo en una situación relativa ventajosa y el enfermo, en una situación de dependencia. Por lo tanto, la RMP, al mismo tiempo que es una relación de ayuda, es de poder y puede ser potencial y eventualmente abusiva: la actitud y conducta del médico puede llegar a ser invasiva, explotadora y dominante. Desde un punto de vista médico y ético, esta es una característica

crucial de la RMP, que el médico debe tener siempre presente en la práctica de su profesión para no desvirtuar su naturaleza.

Es cierto que situaciones similares se dan respecto a otras profesiones, en las que la asimetría existe y, por lo tanto, la relación también puede ser abusiva. Tal vez en el caso de la medicina el grado y la calidad del eventual abuso es, sin embargo, de jerarquía relativa mayor, en la medida que lo que está en juego es la salud, el bienestar y, en último término, la vida del enfermo. En otras profesiones puede estar comprometido el patrimonio o la libertad de la persona, pero no su vida. Se dirá que el abogado es decisivo, por ejemplo, en el caso que una persona que está condenada a muerte; es cierto, pero tal vez hay varias diferencias con respecto a la medicina: el caso legal en que está involucrada la pena de muerte es de ocurrencia mas bien excepcional, en tanto que la enfermedad es de ocurrencia cotidiana. En el caso penal, la persona es culpable de un delito grave, que por lo general, él deliberadamente cometió. En tanto que en el caso de la medicina el paciente, por lo general, no tiene la culpa de estar enfermo. Y finalmente, la pena de muerte se da en una persona, por lo general, sana, en la que su vida no está amenazada por una causa natural, como ocurre en la enfermedad, sino que por aplicación de una norma jurídica que algunas sociedades se han dado. Finalmente, hay juristas que consideran que la pena de muerte no debiera existir, en tanto que la enfermedad, como parte constitutiva de la vida humana, siempre existirá (4).

El potencial abuso de la situación privilegiada que tiene el médico respecto a su paciente, también se puede dar en el ámbito social: del punto de vista de la salud, la sociedad está en una condición dependiente con respecto a la profesión médica y, por lo tanto sujeta a eventuales abusos de poder del cuerpo médico. Aquí hay una responsabilidad ética – social que la profesión médica debiera evaluar cuidadosamente.

Pero, siendo la RMP una relación interpersonal, es al mismo tiempo una relación técnica, diagnóstico – terapéutica. Ciertamente, poco se lograría si el médico fuese respetuoso, cortés y amable con su paciente, pero fuera un ignorante de su oficio y, en consecuencia, estuviera impedido de formular un diagnóstico correcto y de prestar ayuda terapéutica efectiva. De allí que una primera obligación, no sólo profesional sino que ética del médico, es poseer los conocimientos, habilidades y destrezas propias de su profesión, y mantenerlas vigentes, a través del estudio y la reflexión crítica de la experiencia que ha acumulado a través de los años. La ignorancia constituye una vulneración primaria de la ética profesional.

CONDICIONANTES DE LA RMP

El paciente, al concurrir a la entrevista con el médico, tiene de antemano ciertas expectativas respecto a él, que espera corroborar en la consulta, así como también tiene ciertas aprehensiones. La RMP comienza, por lo tanto, antes del encuentro efectivo del médico con su paciente.

La decisión del enfermo de consultar a un médico está, en parte determinada por factores sociales y culturales. El médico, así como el enfermo, pertenecen a un país, una ciudad, un barrio, un grupo social, una familia; tiene parientes, amigos conocidos, posee un conjunto de valores y creencias, un nivel de educación y dominio del lenguaje determinados. La razón por la cual el paciente ha recurrido a este médico y no a otro no es simplemente una cuestión de azar. En el ámbito social el médico se hace de un prestigio por un sinnúmero de factores: la opinión de sus pares; de otros pacientes que ha atendido; de familiares o amigos del paciente, los medios de comunicación, etc., todo lo cual influye en decisión. Por similares razones, incluso en la medicina institucional, en que las posibilidades de elección del médico están muy restringidas, siempre hay una disposición o deseo del paciente, no siempre se satisface, de ser atendido preferentemente por un determinado médico.

El escenario en que tiene lugar el encuentro médico – paciente puede ser muy variado y de distinta significación médico – social: la oficina privada, el box institucional, el hogar del enfermo, el servicio de emergencia, la posta rural, etc. Estos escenarios matizan la RMP pero en ella intervienen factores comunes: el ambiente físico de la consulta, el personal auxiliar, la vestimenta del médico, sus maneras, su expresión, su lenguaje y, sobre todo, su actitud. Estos factores desde el inicio influyen en la calidad de la RMP y su destino. El médico debe saber adaptarse a los distintos escenarios sociales en que le corresponderá actuar, manteniendo siempre una actitud y conducta acorde con las exigencias de su rol profesional.

La modalidad de acceso del enfermo a la atención médica y el modo social del médico de ejercer la medicina tienen un condicionamiento social y cultural. También los factores sociales y culturales influyen, más de lo que percibimos los médicos, en las decisiones clínicas. Por ejemplo, las conductas terapéuticas no se basan sólo en fundamentos científicos y técnicos, sino que también en los valores, creencias y costumbres de una determinada comunidad social (5).

La RMP sólo no se da en el plano intelectual y técnico sino que, también, en el plano

ético y afectivo. Para su éxito son decisivos los conocimientos, habilidades y destrezas del médico pero, al mismo tiempo, y no menos importante, lo son una disposición amistosa y de ayuda al paciente, genuino interés y diligencia en su atención respeto por su condición de persona, cualquiera sea su condición económica o social o sus creencias religiosas o políticas.

La impersonalidad en el trato, la actitud de juez y la petulancia del médico, perturban seriamente, cuando no irremediablemente, la RMP. El médico existe para ayudar al enfermo, no para juzgar sus conductas, condenarlo o absolverlo, y su actitud debe ser de modestia, consciente de su propia falibilidad y de las limitaciones de la ciencia y arte que cultiva.

Los antecedentes y emociones tienen una fuerte presencia en la RMP. Durante su desarrollo se generan sentimientos positivos (simpatía, amistad) o negativos (antipatía, hostilidad), que influyen decisivamente en el curso de la relación y su éxito, y que el médico debe saber reconocer, interpretar y manejar. Debe esforzarse para que durante la RMP se generen sentimientos positivos, lo que favorece el diagnóstico y el tratamiento. Esto no se logra únicamente con buena voluntad, modales educados o simpatía, por cierto elementos deseables en la relación. Se requiere, además que el médico tenga el real interés en ayudar a su paciente, conozca los diversos elementos que intervienen en la RMP y su dinámica y emplee técnicas destinadas a conducir la relación de un modo positivo.

Todo paciente es, en mayor o menor grado, un ser angustiado por su enfermedad, debido a la incertidumbre que tiene sobre su real naturaleza o pronóstico. El rol del médico es contribuir a aliviar esa angustia y no acentuarla o generar nuevas angustias, por actitudes o expresiones inconvenientes (iatrogenia). El médico debe ser prudente en lo que dice y como lo dice, debe tener control sobre sus experiencias faciales y corporales: nunca expresar asombro o alarma ante un síntoma o situación que relata el enfermo ante un hallazgo grave en el examen físico, ni tampoco reprocharse o escandalizarse por una confidencia dolorosa para el enfermo.

Pero, en la RMP están en juego no sólo las emociones del paciente sino también las del médico. Este debe estar consciente de las características de su propia personalidad y emociones, de modo que controle eventuales reacciones inadecuadas que pueden perturbar la RMP. Por ejemplo, no debe responder con hostilidad a eventuales expresiones hostiles del paciente, aparentemente dirigidas contra él. La mayoría de

las veces la hostilidad que manifiesta un paciente durante la entrevista no está dirigida contra el médico, sino que está vinculada a personas que son emocionalmente significativas para él. El médico en vez de responder con hostilidad, debe primero reconocer la presencia de esta emoción y luego, investigar su causa y significado. Lo propio respecto a la angustia, la depresión u otras emociones (6).

Como en toda actividad humana, en la RMP están comprometidos también valores éticos. Al examinar las acciones cotidianas que realiza el médico respecto a su enfermo: solicitud de exámenes, formulación del tratamiento y pronóstico, cobro de honorarios profesionales, etc., se verá que las resuelve basado no sólo en razones técnicas, sino que también éticas. Del mismo modo, de parte del enfermo, es una exigencia ética colaborar con el tratamiento médico para restablecer su salud quebrantada y reincorporarse prontamente a su actividad laboral o social.

Finalmente, la concurrencia de un paciente a la consulta de un médico es un acto libre y basado en la confianza en el médico, en su honorabilidad y capacidad profesional. En consecuencia, la entrevista es un acto privado y, como en todo acto privado, lo que acontezca en ella, lo que el médico escuche del paciente y encuentre en el paciente, debe ser mantenido en estricta reserva. La confidencialidad es un valor crucial en la RMP, y su transgresión un quiebre irremediable de la confianza que el paciente depositó en su médico. A partir de este quiebre, cualquier cosa puede ocurrir en la relación civil de estas dos personas.

LA ENTREVISTA MÉDICA

El modo en que el médico conduce la entrevista tiene gran importancia técnica y humana. La entrevista médica es una conversación, pero no es una conversación cualquiera, no es informal, ni neutra o indefinida. Es una conversación técnica, que persigue un objetivo preciso: obtener en un tiempo razonable el máximo de información relevante que ayude al médico a tener claro el diagnóstico de la enfermedad que aqueja al paciente, con el fin de decidir un tratamiento. Para ello la entrevista debe ser orientada pero no forzada por el médico. En otros términos, el médico debe hacer preguntas relevantes al enfermo, que mantenga la conversación en el cauce de su objetivo primordial. Junto a ello, debe dejar al paciente libertad y tiempo para que relate sus síntomas y exprese sus preocupaciones y sentimientos. Muchas veces, en el discurso libre del enfermo surge una expresión al parecer anodina que puede ser la clave del diagnóstico para un médico atento. El médico que durante la entrevista habla más que el enfermo, o lo abrumba a preguntas, es un

mal entrevistador, ya que lo confunde, perdiendo la oportunidad de recoger información útil, que sólo la subjetividad del paciente le puede proporcionar.

La información que requiere el médico se refiere en primer lugar al o los síntomas por los cuales el paciente consulta, sea dolor, hemorragia, fiebre o diarrea o cualquier otro. Técnicamente debe investigar todas las características de estos síntomas, particularmente aquéllas que más directamente contribuyen a aclarar su origen. Pero el médico no sólo debe investigar síntomas y signos como si fuera una realidad en sí, desligados de la persona del enfermo (7). El médico que así lo hace comete un grave error, cuyo efecto más seguro es conducirlo a un diagnóstico errado. Un síntoma – por ejemplo, el dolor, puede ser la expresión de una lesión inflamatoria, ulcerosa o tumoral de un órgano, que compromete los nervios sensitivos, pero también puede ser la expresión enmascarada de una alteración en la esfera emocional del enfermo, que se expresa somáticamente como dolor. Si el médico no investiga la vida emocional del enfermo simplemente no comprometerá el origen de ese dolor o lo interpretará erróneamente y lo investigará erráticamente.

Todo síntoma – un mismo síntoma - , puede tener un origen orgánico o emocional, como respuesta a estímulos psicológicos estresantes para ese paciente. De allí que es responsabilidad del médico investigar el significado de un síntoma: ¿esta diarrea es motivo por una inflamación del colon o por una alteración de su fisiología, como parte de una reacción emocional ante estímulos estresantes? El significado de un síntoma sólo se puede precisar si simultáneamente se investigan sus características semiológicas y su eventual relación con la personalidad y conflictos psicológicos del paciente. Así como un soplo cardíaco pasaría inadvertido sino se auscultara el corazón del paciente, el origen emocional de un síntoma pasaría inadvertido sino se investiga su vida emocional.

En consecuencia, la entrevista médica debe ser integral, esto es, debe estar dirigida a investigar no sólo los síntomas sino que también la persona del enfermo. ¿Quién es este paciente? ¿Qué hace? ¿Está conforme con lo que hace? ¿Cuáles son sus anhelos y frustraciones? ¿Cuáles sus emociones? ¿Cómo son sus relaciones interpersonales en el hogar, en el trabajo, en el medio social? ¿Qué le gustaría hacer? ¿En qué circunstancias de su vida personal aparecieron los síntomas que lo aquejan?, son algunas de las interrogantes que el médico debe investigar con precisión. En la respuesta a ellas puede estar la clave del diagnóstico, particularmente cuando los síntomas son expresión somática de alteraciones emocionales.

Es claro y definitivo que la entrevista médica no es un formulario frío e impersonal, cuyos diferentes ítemes deben ser inevitablemente llenados por el médico, sino una conversación humana, libremente convenida y conducida por el médico hacia su objetivo técnico específico.

Al igual que la anamnesis, el examen físico tiene un carácter técnico y debe cumplir ciertas normas de procedimiento y orden que aseguren que todo fue debidamente examinado, es decir, que sea un examen físico completo. No obstante, el examen físico es mucho más que un procedimiento técnico de diagnóstico. Es el contacto del médico con el cuerpo del enfermo y, por lo tanto, una invasión de su intimidad, que es consentida por el paciente sólo por un acto de confianza en la idoneidad y honorabilidad del médico. Es una obligación médica y ética de la mayor relevancia tomar las medidas adecuadas para resguardar esa intimidad, respetando el natural pudor del enfermo: la desnudez del paciente debe ser lo suficientemente amplia como para permitir un examen físico completo, y lo suficientemente restringida como para resguardar su pudor. Igualmente, el acercamiento al paciente para examinarlo, tomarle la presión arterial, palparlo o auscultarlo, debe ser suave y delicado y el enfermo ser prevenido por el médico sobre qué se va a examinar.

EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

La información obtenida por el médico en la entrevista y examen de su paciente es lo que le permite formular una hipótesis diagnóstica que tendrá mayor o menor probabilidad de ser la correcta.

Para el enfermo, escuchar el diagnóstico es un momento de particular expectación.

Es una decisión ética del médico resolver qué va a decirle al paciente respecto al diagnóstico. Si se trata de una enfermedad benigna la decisión es simple: explicarle de qué se trata y la bondad de su pronóstico. Distinto es cuando se trata de una enfermedad grave y de pronóstico incierto. En este caso, el deber médico es ser cauto y parco, sin crear angustias innecesarias, en tanto no obtiene una confirmación definitiva del diagnóstico. Con el diagnóstico de certeza, debe explicar al paciente la enfermedad de que padece en términos sencillos y comprensibles, enfatizando siempre las aristas esperanzadoras del tratamiento y pronóstico.

En el caso de una enfermedad inevitablemente mortal, es obligación del médico infor-

mar acerca de la exacta naturaleza de la enfermedad y su pronóstico a los familiares más cercanos. Si debe o no informar en detalle al paciente es un problema controvertido en el mundo médico. Probablemente, depende de cada enfermo, de su personalidad y del medio cultural al que pertenece, sus hábitos y costumbres. Personalmente pienso que no es humanamente adecuado decirle abruptamente al paciente que su enfermedad no tiene remedio, sino que sólo insinuar, dejando siempre abierta una pequeña luz de esperanza. Por lo demás, los enfermos son seres inteligentes que se dan cuenta de la gravedad de su enfermedad y presienten su pronóstico, aunque no lo expresen verbalmente.

Es un problema técnico para el médico resolver qué exámenes de laboratorio debe solicitar con el fin de comprobar o descartar su hipótesis diagnóstica. En general, mientras menor sea la certeza de un diagnóstico, mayor será la exploración de laboratorio a que el paciente deberá ser sometido y vice versa. Este no es problema menor, ya que la exploración instrumental significa para el paciente una molestia, a veces un sufrimiento y eventualmente un riesgo mayor, además tiene un costo para el paciente o para la sociedad. En consecuencia, la solicitud de exámenes debe ser un acto reflexivo del médico: cuál o cuáles son los exámenes más relevantes que debo solicitar en función de la hipótesis diagnóstica que he formulado. Solicitar exámenes “a la bandada para ver que cae”, constituye no sólo un grave error técnico, sino que también ético: se está comprometiendo al patrimonio y la seguridad del enfermo.

Es deber del médico explicar al paciente en términos sencillos la naturaleza de los métodos de exploración instrumental a que va a ser sometido: en qué consisten, que molestias le va a provocar, si es que alguna; sus eventuales riesgos y su costo. Además, solicitar la exploración a médicos debidamente entrenados para realizarla, minimizándose así los riesgos eventuales del procedimiento.

EL TRATAMIENTO

Se ha dicho que el primer acto de tratamiento es el acto de dar la mano al paciente (Von Leyden), es cierto y agregaríamos, a veces pone en pista del diagnóstico. La separación entre diagnóstico y tratamiento, aunque metódicamente necesaria, es artificial, ya que en la práctica ambos procesos están estrechamente relacionados.

Decidido un tratamiento, el médico debe explicárselo al enfermo en detalle y en términos simples, sea el reposo, dieta, medicamentos u otros. Especial cuidado debe poner en la

prescripción de medicamentos. Indicar sólo él o los estrictamente necesarios y de eficacia comprobada, con pleno conocimiento de los efectos terapéuticos de los medicamentos que prescribe, de sus indicaciones y contraindicaciones, incompatibilidades y efectos colaterales. La información debe proceder de textos y revistas científicas no ligadas a intereses comerciales. Es una grave transgresión a la ética profesional, prescribir medicamentos guiado exclusivamente por la información de los laboratorios farmacéuticos, la propaganda o presiones directas o indirectas de ellos. Los medicamentos son, en general caros, y constituyen un rubro significativo en el costo que la atención médica tiene para el individuo y la sociedad. En consecuencia, es deber del médico prescribir no sólo los estrictamente necesarios, sino que también los más baratos entre los similares. Estará así resguardando el patrimonio del paciente por el hecho de estar enfermo.

La indicación de cirugía es una decisión terapéutica de singular importancia. La cirugía, por menor que sea, es un acto médico mayor, desde luego, produce angustia al paciente y tiene riesgos inherentes a la anestesia y al acto quirúrgico mismo, aunque sean mínimos. Implica para el paciente una mutilación de su cuerpo, de mayor o menor significación, pero mutilación al fin. La indeleble cicatriz del acto quirúrgico acompañará al enfermo de por vida, como testimonio de su sufrimiento y mutilación. En consecuencia, indicar una operación es una decisión muy seria, que debe ser adoptada en casos estrictamente necesarios, científicamente indiscutidos y en los cuales no existe un camino alternativo de tratamiento, además de ser ejecutada por cirujanos debidamente entrenados.

Esto parece muy obvio, pero históricamente la medicina ha realizado decenas de miles de intervenciones quirúrgicas innecesarias o científicamente no fundamentadas. Basta recordar, por ejemplo, las intervenciones por “apendicitis crónicas”, apendicectomías, colecistectomías o extracciones tentarias por “focos infecciosos”, la fijación de riñones, úteros o estómagos “caídos”. Adrenalectomías y simpatectomías por hipertensión arterial y muchas más, y aún hoy día se practican cesáreas de discutible indicación, a juzgar por la distinta frecuencia con que se practica en la medicina privada respecto a la medicina pública institucional.

En suma, como se puede apreciar, en todas las decisiones que adopta el médico durante la RMP, influyen otras consideraciones que las estrictamente técnicas, las que sólo pueden ser formuladas por una sólida formación ética.

SECUELAS DE LA RMP

La RMP no concluye con el diagnóstico y el tratamiento del enfermo. El médico y el paciente han vivido una experiencia nueva, positiva o negativa, que queda en su memoria. La gran interrogante ética para el médico es si cumplió debidamente su rol de ayudar técnica y humanamente al paciente, y para el paciente, si el médico satisfizo o no las expectativas que en él había cifrado al consultarlo. Si ambos están satisfechos, la RMP ha sido positiva, abriéndose así un camino de mayor comprensión y amistad entre ambos, que afianza el rol curativo del médico y la confianza del enfermo en su capacidad profesional. En cambio, si la RMP ha sido negativa se produce una gran ruptura, que aleja al paciente del médico y en éste provoca la frustración de no haber sabido o podido cumplir adecuadamente su rol. En ambas situaciones, los resultados de la RMP, de algún modo u otro y en variable extensión, difunden al medio social, afianzando el prestigio profesional y humano del médico o debilitándolo. En ocasiones lamentables, la frustrada relación médico paciente termina en los comités de ética del Colegio profesional o en los tribunales de justicia. Este hecho es, en no pocos casos, expresión de un fracaso rotundo de la RMP, que daña no sólo al médico involucrado sino que a todo el cuerpo médico y a la medicina.

COMENTARIOS FINALES

Los importantes avances tecnológicos incorporados sucesivamente a la práctica de la medicina, han ayudado al médico a realizar un trabajo clínico cada vez más eficaz. Pero, la constatación de esta realidad no significa que la tecnología puede reemplazar la inteligencia y habilidades de un médico capaz de captar todas las riquezas y sutilezas de una entrevista médica bien conducida. Las expresiones verbales y no verbales que surgen en el escenario del encuentro humano y técnico entre el médico y su paciente y que lo ponen en el camino correcto de un diagnóstico preciso y, por consiguiente de un tratamiento efectivo.

De allí que para el ejercicio de una medicina humana, técnica, ética y socialmente eficaz, y en función de los progresos tecnológicos, parece cada vez más indispensable formar sólidamente al médico en las vertientes antropológicas y éticas de su profesión, así como entrenarlo para que domine habilidades y destrezas clínicas. La falta de ejercicio cotidiano de habilidades semiológicas, destinadas a realizar una anamnesis integral y un examen físico acabado, conducen a su atrofia. Algunos creen, equivocadamente, que esta carencia es suplida por la tecnología. Este es un grave error, cuyo precio lo está

pagando, por una parte, el prestigio de la profesión médica y, por otra, los costos económicos de la atención de salud que deben asumir las personas y los países.

Ninguna tecnología, por útil que sea, puede reemplazar a un médico inteligente y hábil, que emplea su capacidad intelectual, sus sentidos para comunicarse con su paciente de un modo efectivo, obteniendo de la anamnesis y del examen físico datos relevantes para formular un diagnóstico certero, decidiendo una exploración de laboratorio e instrumental reflexiva y útil y, en consecuencia, prescribiendo un tratamiento eficaz del enfermo y su enfermedad.

REFERENCIAS

1. *Lain – Entralgo P. Apuntes del Curso de Antropología Médica. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago. 1966 (Mimeógrafo).*
2. *Lain – Entralgo P. La relación médico – paciente. Historia y teoría. Revista de Occidentes: Madrid. 1964.*
3. *Goic A. Relación médico – paciente. En: Goic A, Chamorro G. Semiología Médica. Mediterráneo: Santiago de Chile 1987.*
4. *Dubos R: Mirage of health. Utopias, progress and biological change, Anchor Books: Garden City, New York, 1959.*
5. *Payer L. Medicine and Culture. Henry Hort and Company. New York 1988.*
6. *Bird B. Talking with the patient. Edition 2. JB Lippincott Company: Philadelphia, Toronto. 1973.*
7. *Goic A: el significado de enfermedad. Rev Med Chile 1988; 116:938 – 43.*



XLVII JORNADAS DE LA FUNDACIÓN LUCAS SIERRA

**BIOÉTICA Y ASIGNACIÓN DE
RECURSOS EN SALUD**

(¿Justicia sanitaria y libre mercado: ¿un binomio posible?)

Dr. Pablo Rodríguez del Pozo

*Abogado, Médico Cirujano y Especialista en Medicina
Legal y Forense*

*Master en Bioética y Doctor en Derecho
Buenos Aires, Argentina*

Hablar de bioética y asignación de recursos para la salud, o de justicia sanitaria, expresión que tal vez defina mejor este tema, es adentrarse por igual en los dominios de dos disciplinas que, según la creencia contemporánea, viven de espaldas la una a la otra: la ética y la economía.

Pero la ética y la economía siempre han pertenecido a un mismo terreno: ya para Aristóteles, la economía era una ciencia integrada y subordinada moralmente al bien de todos, puesto que, decía, “es cosa amable hacer el bien a uno solo; pero es más bella y divina hacerlo al pueblo y a las ciudades” [1]. La economía es una ciencia que debe servir a un fin moral: el bien de todos y la división entre ética y economía aparece como un fenómeno relativamente novedoso que, como ha señalado Amartya Sen, ha empobrecido substancialmente a la ciencia económica [2].

En esta presentación se comenzará hablando de ética y se terminará hablando de economía. En una primera parte se intentará trazar un muy superficial estado de situación en cuanto a las teorías de justicia sanitaria. Más adelante se abordarán las complejidades que presenta el libre mercado como sistema de distribución de recursos para la salud, tratando de obtener algunas conclusiones que den pie al posterior debate.

NIVELES DE PROBLEMA

En la ética de la asignación de recursos para la salud pueden describirse dos niveles de problema: el nivel microdistributivo y el macrodistributivo.

El primero de ellos aparece cuando varios pacientes con un grado igual o muy semejante de necesidad compiten por la adjudicación de un medio diagnóstico o terapéutico escaso, que está disponible para uno solo de ellos, por ejemplo, cuando hay dos recién nacidos prematuros y una sola incubadora disponible; o hay dos pacientes en insuficiencia renal y hay un solo aparato de diálisis. En este nivel de problema la pregunta a responder es ¿quién sobrevivirá?, y las decisiones son por lo general de carácter profesional y son tomadas por los médicos individualmente o por equipos en los hospitales.

El nivel macrodistributivo, en cambio, se refiere a cómo se asignan los recursos asistenciales en una sociedad; o, si se prefiere, a cómo se distribuyen aquellos recursos entre todos los miembros de una sociedad. La pregunta a responder en el nivel macrodistributivo es también ¿quién sobrevivirá?, aunque demasiadas veces esta dimensión no es bien percibida, porque salvar “vidas estadísticas” impresiona siempre menos que salvar la vida de una persona cuyo nombre o cuya fotografía nos es familiar. En materia macrodistributiva las decisiones se toman en el nivel político.

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA SALUD: TEORÍAS DISPONIBLES

En este artículo me voy a referir solamente al nivel macrodistributivo, como en casi todos los órdenes de la vida, una buena noticia y una mala.

La buena noticia es que en materia de teorías de justicia sanitaria, no puede decirse hoy que el mundo esté precisamente en pañales; superar las complejidades que se presentan en este terreno es una verdadera prueba de fuego para cualquier teoría de justicia. De allí que buena parte de los filósofos morales contemporáneos hayan meditado sobre la justa distribución de recursos para la salud.

El trabajo de los estudiosos ha dado lugar al nacimiento de muy diversas teorías. Entre las principales se encuentran:

La teoría utilitarista, que guiada por la máxima de que debe obtenerse “el mayor bien – o la mayor felicidad – para el mayor número” [3] parece sostener que una distribución de servicios para la salud será moralmente apropiada en tanto sea capaz de conseguir la mayor salud para el mayor número [4].

La teoría igualitaria (o igualitarista), que sostiene, con Robert Veatch, que las personas poseen el derecho a la asistencia sanitaria que se necesite para proveer la oportunidad de gozar de un nivel de salud igual, en cuanto sea posible, a la salud de los demás [5]. O bien, afirma, con Amy Guttmann, que cada persona quien comparta el mismo tipo o grado de necesidad sanitaria debe ser provista de una igual posibilidad efectiva de recibir el tratamiento apropiado y de igual calidad hasta donde ese tratamiento esté disponible para todos [6].

La teoría del mínimo decente [7], de Charles Fried, según la cual cada comunidad tiene

el deber moral de prestar un nivel mínimo de asistencia sanitaria a aquellos individuos que no puedan con esfuerzos razonables procurarse ese mínimo por sí mismos y, según la cual, los individuos en esta situación tienen el derecho a reclamar de sus semejantes esta asistencia básica [8].

Las teorías de inspiración rawlsiana [9], como la de Ronald Green, que incluye la salud entre los bienes sociales primarios de Rawls [10]; o la de Norman Daniels, que incluye las instituciones de protección de la salud entre aquellas implicadas en proveer para la equitativa igualdad de oportunidades [11].

La teoría libertaria, o “del Estado mínimo” – por último – desarrollada por H.T. Engelhardt [12] a partir de Robert Nozick [13], en la que no hay espacio para que el Estado se preocupe por provisión o por la organización de la asistencia sanitaria y en la cual el Estado se limitará a garantizar la libertad de quienes quieran ejercer la caridad y brindar asistencia sanitaria a quienes la necesiten y no puedan proveérsela por sí mismos.

EL PAPEL DE LAS TEORÍAS DE JUSTICIA

La mala noticia es que las teorías de justicia no son herramientas que sirvan para enfrentar problemas detallados de políticas públicas, tales como el alcance, los contenidos y los límites de la asistencia sanitaria que un sistema debería proveer. Ninguna teoría trae adosado un manual de instrucciones para construir un sistema de salud verdaderamente justo.

Esto no debería llamar la atención, puesto que desde la filosofía moral sólo se podría, en el mejor de los casos, fijar unos principios generales desde los cuales juzgar el grado de equidad de los diferentes sistemas de salud. El desarrollo práctico de tales principios para su plasmación en un sistema de salud sería labor de los técnicos.

Lo que sí llama la atención es que muchas veces las elaboraciones de éstos no responden al desarrollo de unos principios filosófico – sanitarios ni reconocen como punto de partida una determinada teoría de justicia sanitaria, sino que suelen ser muchas veces expresión de conveniencias políticas coyunturales o bien de modelos económicos exitosos [14]. Con la mención de estos últimos comienzo a entrar en materia, porque en esta presentación se intentarán analizar las posibilidades del libre mercado – de innegable éxito en otros rubros – como eje del sistema de salud.

LOS SISTEMAS DE SALUD Y EL LIBRE MERCADO

En los últimos 15 años – veinte como máximo – se han producido en el mundo los cambios más profundos desde la posguerra. Baste aquí con mencionar las transformaciones en las economías de los países centrales durante la época de la dupla Thatcher – Reagan, el surgimiento de los “Tigres Asiáticos” (Corea, Formosa / Taiwan, Tailandia, Singapur, recientemente China), la crisis del Estado de bienestar de las democracias europeas occidentales y los cambios políticos, geopolíticos y económicos que están teniendo lugar en el antes llamado “bloque Oriental”, epitomizados en la caída del muro de Berlín como imagen que lo resume todo.

No se trata aquí de discutir si estos han sido y son fenómenos diversos y en todo sentido heterogéneos. Tal vez puedan serlo, pero lo cierto es que hay una constante que se repite en todos los casos: el giro desde un modelo de economía centralizada y planificada desde el Estado hacia un modelo de economía de libre mercado.

No menos cierto es el éxito rotundo de este modelo en muchos terrenos. Los ejemplos sobran: la Argentina sufrió por treinta años o más el estancamiento provocado por una economía cerrada, centralizada y dirigida desde el Estado y en poco más de cuatro años, en el marco de una economía abierta y de libre mercado, ha crecido un 34% y ha bajado la tasa de inflación promedio anual de 100% o más a tan solo el 5%. Chile tiene fama en la región por haber renacido económicamente, gracias a una economía centrada en el libre mercado.

Los triunfos cosechados por la economía de mercado, aún admitiendo que sean parciales, difícilmente son neutrales para los sistemas de salud, a los cuales previsiblemente les llegará, más temprano que tarde, su turno de ser también transformados desde esta aproximación [15]. Por esta razón, voy a intentar describir cómo funciona el libre mercado en salud y qué riesgos puede presentar esta estrategia si se la convierte en el eje de un sistema de salud. Mi intención es abrir el debate desde una posición que, admitiendo las ventajas del modelo, sirva para alertar contra la mitificación del mercado, que serían los principales peligros de esta aproximación para el sector salud.

En primer lugar se hará una caracterización de las tendencias del mercado de servicios para la salud operando libremente. En segundo término, se abordará la cuestión de la

libre competencia entre entidades dentro del sistema de salud de la seguridad social. Adelantando conclusiones, se verá que en ninguno de los casos el libre mercado sale muy airoso desde el punto de vista de la justicia. Por esta razón, se esbozarán, a manera de conclusiones, algunas pautas que podrían hacer viable la generación de una suerte de delimitada estrategia de mercado para el mejoramiento de los sistemas de salud tradicionales.

EL MERCADO DE PRESTACIONES PARA LA SALUD. CARACTERIZACIÓN

El mercado de servicios para la salud dista mucho de ser un mercado de los llamados “de competencia perfecta” (como podría ser, por ejemplo, el de los electrodomésticos). Esto significa que las fuerzas de la oferta y de la demanda actuando libremente son inhábiles para optimizar las características, la calidad, la cantidad y el precio de los servicios. En este marco, se generan ineficiencias, desaprovechamiento de recursos e iniquidades en la distribución de las cargas y los beneficios y que el modelo sanitario – asistencial termine muy lejos de ser el óptimo.

El fracaso de los mecanismos de mercado en el terreno de los servicios para la salud obedece a diversas razones y ha sido objeto de numerosos estudios. Para hacer aquí una descripción bastará con referirse a las peculiaridades y distorsiones de la demanda y de la oferta en este mercado.

LAS DISTORSIONES DE LA DEMANDA EN EL MERCADO DE SERVICIOS PARA LA SALUD

La demanda en un mercado perfecto se define clásicamente como “la cantidad total de un determinado bien o servicio que el consumidor desea y puede comprar a cada precio posible durante un determinado período de tiempo” [16]. Esta definición supone un consumidor soberano, que conoce sus necesidades y cuenta con unos deseos bastante definidos, que está muy bien informado sobre la naturaleza y propiedades del bien o servicio a comprar y sabe si aquél satisface sus necesidades y deseos; supone también que el consumidor puede materialmente ejercer sus opciones sin restricciones de ninguna naturaleza y que el consumidor pagará el bien o servicio de su propio bolsillo y que no habrá un tercero que pague por él.

Pero en el mercado de la salud, ninguno de estos supuestos se cumple acabadamente,

dado que:

- 1) Los deseos del consumidor ante los servicios para la salud están mal definidos y peor limitados. Debido a la naturaleza del bien en juego, la salud, tales servicios se identifican por el usuario con la lucha contra la muerte, siendo éste un bien infinitamente deseable y virtualmente innegociable. Esto determina una preferencia irracional de los consumidores por el acceso a la medicina curativa y reparadora, en desmedro de servicios más eficientes, como los de medicina preventiva y de asistencia primaria.
- 2) En materia de servicios para la salud no existe un verdadero conocimiento de las propias necesidades ni una noción clara sobre cómo satisfacerlas. El demandante de servicios para la salud simplemente percibe que su grado de salud presente es peor que el estado óptimo del que idealmente cree que podría gozar, y por esta causa concurre al médico [17]. Pero en realidad, el consumidor ignora tanto los pormenores de su estado de salud cuanto las reales posibilidades de alcanzar un estado mejor.
- 3) El consumidor ignora la naturaleza y propiedades de los servicios para la salud y desconoce el diferente grado de eficacia y los riesgos de cada tratamiento disponible. El consumidor de servicios para la salud está muy poco preparado efectuar sus propias comparaciones y para elegir racionalmente entre los diversos bienes y servicios disponibles. Más allá, aunque lo estuviera, casi nunca se hallaría en situación de poder hacerlo, por razones de urgencia, por temor o por el respeto a veces reverencial por la figura del médico [18].
- 4) En el mercado de servicios para la salud, quien instruye al consumidor sobre sus propias necesidades y quien lo informa sobre los servicios que debe demandar es el propio oferente, el médico.

En razón de estas particularidades, puede sostenerse, respecto de la demanda en el mercado de servicios para la salud que:

- a) No existe soberanía del consumidor. El médico, hablando en términos de mercado, es el agente del consumidor para tomar por él las decisiones relativas a la demanda de asistencia sanitaria [19], lo cual produce graves disfuncionalidades, ya que rompe el sistema de control natural propio de la economía de mercado.
- b) En el mercado de la salud es el proveedor de asistencia, el médico, el verdadero demandante, mucho más que el propio paciente [20]. Esta distorsión, connatural a este mercado, brinda al proveedor la posibilidad de dar salida a aquellos productos

que él mismo, o sus asociados y colegas proveen [21] y, en este marco, resulta imposible distinguir entre las necesidades del paciente como demandante de bienes y servicios y los intereses del médico como solicitante de ellos [22].

- c) En el mercado de servicios para la salud, la demanda tenderá a ser demanda inducida, entiendo por tal aquella facultad que tienen los médicos de solicitar la presentación de sus propios servicios, según sus propios criterios, preferencias e intereses. La consecuencia de este rasgo propio de la demanda de servicios para la salud será, en el marco de un mercado totalmente libre, una tendencia al sobre – consumo, la cual tenderá a agravarse toda vez que incremente el número de médicos, dado que habrá en el mercado más agentes en condiciones de inducir la demanda de sus propios servicios.

LAS DISTORSIONES DE LA OFERTA EN EL MERCADO DE SERVICIOS PARA LA SALUD

Si la demanda en el mercado de servicios para la salud se aparta considerablemente de los cánones generales de los demás mercados, provocando graves distorsiones, no menos distorsivo es el comportamiento de la oferta en este sector.

El primer rasgo característico, como ha quedado prefigurado más arriba, es la posibilidad que tienen los proveedores, desde la oferta, de provocar la demanda de sus propios servicios en ausencia de un consumidor soberano. Pero el listado de rasgos no se agota aquí. Por el contrario, existen múltiples maneras de tergiversar el mercado desde la oferta. Entre ellas:

- 1) Selección sesgada: los proveedores evitan tratar los casos costosos y poco rentables (v. g. tratamiento prolongado geriátrico, internación psiquiátrica) para dedicarse a los casos verdaderamente rentables.
- 2) Derivaciones interesadas: los oferentes derivan pacientes hacia prácticas especializadas, a cambio de “atenciones” por parte de los colegas que reciben los pacientes derivados. O bien derivan hacia otros sectores (v. g. el hospital público) a aquellos pacientes que no interesen desde el punto de vista de la rentabilidad.
- 3) Segmentación del mercado: los oferentes buscan la especialización y la super especialización para explotar un nicho del mercado en donde la competencia sea mínima.
- 4) Expansión del mercado: los proveedores expanden, vía nuevas técnicas o nuevos

diagnósticos, los problemas a ser tratados médicamente en la población.

- 5) Incorporación tecnológica: los oferentes incorporan masivamente tecnología, con lo que, de un lado segmentan el mercado; del otro, al incorporar tecnología no solamente obtienen renta del trabajo personal sino que, al mismo tiempo, obtienen renta del capital. Prestar tecnología es, por lo tanto, más rentable para el prestador, al margen de las necesidades del consumidor.
- 6) Sustitución de producto: los proveedores pueden, dadas las particularidades de la práctica, utilizar medios más costosos – y rentables – para realizar un mismo procedimiento y obtener un mismo resultado.

Ante este panorama, puede sostenerse que la oferta de servicios para la salud liberada a las solas fuerzas del mercado tenderá a adoptar unos patrones que más que corresponderse con las necesidades de la población, tenderán a vincularse a las estrategias de maximización de la utilidad de los proveedores actuando como agentes económicos. Las consecuencias pueden ser esquematizadas como sigue:

- 1) Consecuencias asistenciales: las posibilidades que un mercado totalmente libre puede ofrecer a los prestadores determinará el riesgo que: a) se lleven a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos no estrictamente requeridos por la ortodoxia clínica; b) el número de prácticas tienda a aumentar con el número de prestadores y no según las reales necesidades de los individuos; c) los usuarios padezcan el ser objetivo de prácticas diagnósticas y terapéuticas innecesarias, corriendo riesgos poco justificados; d) el surgimiento de unos patrones asistenciales basados en la gran utilización de servicios médicos, la tecnologización, la preferencia de la medicina curativa sobre la preventiva, la diversificación de las prácticas asistenciales, la opción por las prácticas más rentables para el proveedor y la sobre – utilización de servicios cuyos beneficios son sólo marginalmente provechosos desde el punto de vista clínico y poblacional; e) se prefiera la curación a la promoción, la prevención y la educación para la salud, con una hipertrofia de los servicios curativos personalizados en detrimento de los métodos de población, cuya eficacia es probadamente superior; f) se vulgarice la existencia de especialistas en mínimas parcelas del cuerpo, en contra del médico de cabecera, generalista, capaz de comprender al paciente dentro de su contexto familiar.
- 2) Consecuencias sanitarias: el mejoramiento de la salud de la población depende de factores diferentes del tipo de atención sanitaria que tiende a determinar libremente el mercado. Estos factores son el mejoramiento del medio ambiente, la educación y la promoción sanitaria, y la asistencia primaria general y ambulatoria. Son factores

que están bien alejados de los simples éxitos clínicos aislados que la medicina del mercado puede exhibir. Los resultados poblacionales de la asistencia del tipo de la que surge con el libre mercado puede estar por debajo de los recursos invertidos [23].

EL LIBRE MERCADO ENTRE INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En los últimos años, a fin de mejorar la eficiencia de sus sistemas de salud de la seguridad social, muchos países han comenzado a abandonar paulatinamente el régimen tradicional, de pagador único universal, territorial o por la rama de actividad laboral. Por ejemplo, Holanda, Australia, Alemania, Chile, Colombia, Argentina, para dejar a los beneficiarios del sistema, típicamente los trabajadores asalariados y los jubilados, elegir entre diversas entidades privadas. En este esquema, cada trabajador puede optar por cualquiera de las entidades habilitadas para dar cobertura de salud para la seguridad social, y sus aportes (el 7% o el 9% del salario, por ejemplo) en lugar de ir obligatoriamente a las arcas de una entidad pública o semipública, van ahora a la entidad pública o privada elegida por el trabajador.

Este esquema puede presentar algunas ventajas. Típicamente, las entidades dejan de contar con poblaciones cautivas, superándose su tendencia al estancamiento burocrático y a la falta de eficiencia. Se establece así un fuerte incentivo para brindar servicios de calidad, porque ahora cada trabajador permanece afiliado a aquel agente del seguro que le brinda servicios satisfactorios, y cuando está disconforme, se cambia de entidad. De esta manera, la evaluación de la gestión y de los servicios se efectúa de manera continua por parte de los propios afiliados quienes, en caso de estar insatisfechos cambian de agente. El afiliado se convierte en una figura central en el control de los servicios y, en este marco de virtual “democracia directa permanente”, las entidades se esfuerzan por cumplir con sus planes de cobertura y para mejorarlos. Hasta aquí el lado bueno, pero no todo el monte es orégano [24].

En efecto, en los sistemas de seguridad social normalmente cada beneficiario hace un aporte que es una proporción fija de su salario. En este contexto, la ganancia del agente del seguro estará vinculada a la proporción entre los ingresos y el riesgo de cada beneficiario.

El negocio más fácil para las aseguradoras es afiliar la mayor cantidad de personas

posibles y dar, al mismo tiempo, la menor cantidad de prestaciones que sea también posible. Para conseguir esto, las aseguradoras procurarán, en primer lugar, captar a los individuos de mayores ingresos tendiéndose a discriminar a los de menores recursos. Por otra parte, se tenderá al ajuste por cantidad y a la selección de riesgo.

AJUSTE POR CANTIDAD (O POR COBERTURA)

Si la oferta de servicios se deja enteramente librada al mercado, los agentes del seguro ofrecerán a cada uno un paquete de prestaciones ajustado por cantidad: primero, según su nivel de ingreso, a fin de captar a los beneficiarios de mayores aportes, ofreciéndole mayor cobertura a quien más pueda pagar; y segundo, según su nivel de riesgo, ofreciéndole menos cobertura a quienes tengan mayores posibilidades de consumir recursos y a ser un mal negocio, por ende.

De esta manera, si no se fijan unas claras reglas de juego, las aseguradoras ofrecerán paquetes diferenciados según ingreso y según riesgo, de tal suerte que las personas de mayores recursos y de bajo riesgo podrán tener acceso a mayor cantidad de servicios que las personas con mayor riesgo sanitario y de menores recursos. La experiencia demuestra que las aseguradoras acaban por desarrollar toda una tecnología sumamente ingeniosa de ajuste de la oferta de prestaciones según ingresos y según riesgo, con una impresionante proliferación de programas prestacionales entre los cuales suele ser muy difícil para el usuario establecer comparaciones, dado que en ellos abunda por lo general la “letra pequeña”. Estos programas tienen el rasgo común de prometer a cada beneficiario todas las prestaciones que puedan llegar efectivamente a demandarse. Todo esto tiende a invertir la lógica sanitaria, e irrita cualquier noción de equidad, discriminando en contra de quienes más necesitan de servicios asistenciales, en especial en contra de los más pobres [25].

SELECCIÓN DE RIESGO

Actuando en un mercado totalmente libre, las aseguradoras tenderán a poner en marcha una serie de mecanismos para seleccionar el riesgo, es decir, para enrolar y quedarse con los individuos ricos y sanos y dejar fuera o expulsar a los pobres y enfermos.

Así, para afiliar selectivamente las aseguradoras podrán sesgar la oferta hacia especialidades y centros “para gente sana”, teniendo pocos y no muy prestigiosos oncólogos, geriatras, centros de diálisis; diseñar paquetes prestacionales atractivos solamente para

gente relativamente sana (pediatría, maternidad, poca geriatría, hipertensión y rehabilitación); desaconsejar el ingreso a quienes lo soliciten, alentándolos a que vayan a otra aseguradora; ofrecer paquetes que incluyan otros ítems propios de individuos más ricos y sanos; usar publicidad directa orientada al grupo que se pretende captar; establecer franquicias deducibles relativamente altas.

Para expulsar selectivamente a los individuos de mayor riesgo, por su parte, las aseguradoras podrán dar prestaciones mediante contratos de riesgo con prestadores (captando con clínicas y hospitales privados) con lo que seguramente será el propio prestador quien lo expulse; sacar del paquete elementos adicionales usados por los pacientes “caros”, como por ejemplo, el seguimiento de los pacientes en tratamiento oncológico; financiar el traspaso de los afiliados “caros” a otra aseguradora mediante premios, descuentos, o dinero en efectivo.

Evidentemente, todas estas maniobras tendrán un límite también dentro del propio mercado: pasado un límite, las aseguradoras podrán ganar muy mala reputación y perderán a ricos y pobres, a buenos y malos riesgos por igual.

El resultado de un mercado totalmente libre en cuanto a instituciones de salud de la seguridad social podrá traer grandes repercusiones negativas:

- a) Que los enfermos crónicos o los individuos con riesgo de padecer enfermedades crónicas, al igual que los ancianos, tenderán a ser abandonados por el sistema, puesto que ninguna aseguradora querrá enrolosarlos y todas querrán expulsarlos;
- b) Que las aseguradoras que sean más exitosas en el ajuste por cantidad y en la selección de riesgo terminarán siendo a la postre las más rentables; y que aquellas aseguradoras con mayor sentido social, que menos ajusten por cantidad y selección en riesgo, terminarán recibiendo a los mayores consumidores de recursos, con riesgo de sufrir fuertes pérdidas e incluso la quiebra financiera;
- c) Que habrá en definitiva unas importantes pérdidas sociales, dado que los usuarios que sean rechazados por las aseguradoras o que no reciban de ellas las coberturas que necesitan, terminarán en los hospitales públicos – al menos en países como la Argentina, que cuentan con una red pública de hospitales nacionales y provinciales – consumiendo los recursos solidarios de todos; en especial, los de los más pobres, que no poseen otro sistema de salud. En otras palabras, el sistema público terminará subsidiando a las aseguradoras privadas.

CONCLUSIONES

Para terminar, algunas conclusiones para dejar abierto el debate.

Las teorías de justicia sanitaria son el marco de referencia moral indispensable para juzgar sobre la equidad de los sistemas de salud y, por ende, sobre la eticidad de los sistemas de salud; pero no sirven para construir detalladamente estos sistemas.

No obstante, muchas veces el diseño de los sistemas de salud no responde al desarrollo de unos principios filosófico – sanitarios, ni tienen como fundamento una determinada teoría de justicia sanitaria, sino que suelen responder más bien a corrientes o a coyunturas que exceden el marco de lo sanitario.

Por diversas razones, el modelo económico hacia el cual se ha tendido en los últimos veinte años es el de la economía de mercado y, ante la crisis de las economías planificadas y del Estado de bienestar. Superando el sueño racionalista – la arrogancia fatal, como diría von Hayeck – algunas estrategias de mercado aplicadas al sector salud ofrecen promisorias ventajas.

Sin embargo, los sistemas de salud de la seguridad social deberían ser muy cuidadosos en el financiamiento y en las formas de pago a los proveedores, en los requisitos de calidad a observar, en los controles a establecer, en las maneras de informar a los usuarios, de forma tal de no dejar la provisión de servicios para la salud liberada a las solas fuerzas del mercado. La clave estaría en establecer mecanismos de contratación y de pago mediante los cuales la práctica de la medicina no se vea sesgada por factores económicos; en otras palabras, se trata de que el factor económico sea neutral en la relación médico – paciente. El factor económico sólo debería utilizarse para premiar el esfuerzo, la capacitación y el bien hacer individual de los profesionales.

Así, por ejemplo, la asistencia primaria podría pagarse mediante médicos salario y/o cápita, mientras que el pago de la mayoría de las prácticas podría hacerse mediante aranceles modulares globalizados. Esto requiere gran flexibilidad en los prestadores y exige un cálculo económico muy ajustado.

Los sistemas de salud de la seguridad social pueden solucionar muchos de sus actuales problemas, como la ineficencia, burocracia, ausencia de programas prestacionales

y la corrupción, introduciendo la competencia entre aseguradoras. No obstante, para garantizar la libertad de los usuarios del sistema, debe establecerse paralelamente una fuerte regulación sobre las aseguradoras, dado que a mayor libertad de las aseguradoras, menor libertad tendrán los beneficiarios y viceversa. Sólo una regulación coherente puede evitar las desventajas de las estrategias de mercado.

En este sentido, deberían establecerse normas muy estrictas que, defendiendo a los usuarios, no permitieran el ajuste por cantidad ni la selección de riesgo.

Así, lo ideal tal vez sería un sistema solidario en el que todos los recursos del sistema social se dividieran en partes iguales entre todos los beneficiarios, de manera que todos contaran con una cantidad igual, ajustada por riesgo, destinada al agente del seguro de salud [27].

De no conseguirse lo anterior, podría al menos establecerse la obligación para las aseguradoras de contar con un paquete único de prestaciones, que debería estar disponible para todos los beneficiarios en igualdad de condiciones, independientemente de su nivel de ingreso o de riesgo. De esta manera el techo de las prestaciones estaría tal vez más bajo, pero el piso sería más alto.

Este tipo de medidas debería complementarse con una fuerte regulación procompetitiva, para evitar las maniobras selectivas y expulsivas mencionadas más arriba.

Esta presentación comenzó con la pregunta sobre si era posible pensar la justicia sanitaria en un sistema de salud centrado en el libre mercado, y la respuesta será variable. Si por "libertad" se entiende solamente la libertad de los prestadores y las aseguradoras, la respuesta es NO; si, en cambio, entendemos por "libertad" una libertad igual para todos, la respuesta podría ser que sí.

REFERENCIAS

- 1) *Ética a Nicómaco, 1- 2; Se cita según ARISTÓTELES: Ética a Nicómaco, tr. cast. de A. Gómez Robledo, Porrúa, México D.F., 1967;*
- 2) *SEN, Amartya: On Ethics and Economics, Basil Blackwell, New York, 1987; p. 7*
- 3) *Ver MILL, John Stuart: El utilitarismo (Utilitarianism) tr, introducción y notas de Esperanza Guisán, Col “El Libro de Bolsillo” N° 1054, Alianza, Madrid, 1984; pp 44 – 75*
- 4) *El problema es que el utilitarismo no da casi relevancia moral a la separabilidad e independencia de las personas y puede permitir que cierto individuo o grupo de individuos sea sacrificado en beneficio de otros, siempre que eso maximice la felicidad del mayor número (Esta es la crítica central hecha por Gauthier, Rawls y Nozick, ver NINO, Carlos Santiago, Ética y Derechos Humanos Un ensayo de fundamentación Col Paidós Studio / Básica, Ed Paidós, Buenos Aires, 1984; p III) Si este sacrificio fuese, por ejemplo, la imposición a los miembros más ricos de una sociedad de la obligación de sostener la asistencia sanitaria de los más pobres, pocos plantearían objeciones morales, pero el utilitarismo podría también justificar moralmente el sometimiento no consentido de algunos individuos a experimentos muy arriesgados para el desarrollo urgente de, por ejemplo, una nueva vacuna. O puede permitir denegar la asistencia de numerosos individuos, (por ejemplo, los ancianos) por considerar que su tratamiento no significaría una contribución decisiva al mayor beneficio para el mayor número. El utilitarismo, al considerar la asistencia sanitaria debe brindarse a las personas afectadas únicamente en cuanto darla pueda repercutir en favor de la generalidad, puede dar lugar a esquemas distributivos esencialmente variables: desde un sistema de salud relativamente justo, hasta un sistema altamente discriminativo.*
- 5) *VEATCH, Rolbert M.: A Theory of Medical Ethics, Basic Books, Inc Publishers, Nueva York, 1981; p 275*
- 6) *GUTTMAN, Amy: “For and Against Equal Access to Health Care”, en GOROVITZ, Samuel y otros: Moral Problems in Medicine, 2ª Edición, Prentice – Hall Inc Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1983, pp. 557 – 567; p. 558*
- 7) *Esta teoría no debe confundirse con la aproximación del adequate minimum, que más que una teoría general es un intento de teorizar sobre la contención del gasto sanitario asistencial fijando unos estándares asistenciales mínimos. Para una exposición amplia de dicha teoría, ver ROSENTHAL Gerald y Daniel M. Fox: “A Right to What?: Toward Adequate Minimum Standards for Personal Health Services”, en Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society, Vol. 56, N° I (invierno), Nueva*

- York, 1978, pp 1 – 6; en el mismo volumen, ABEL – SMITH, Brian: “Minimum Adequate Levels of Personal Health Care: History and Justification”, pp. 7 – 21; y PRICE, Don K.: “Planning on Adequate Minimum Personal Health Services”, pp. 22 – 52
- 8) FRIED, Charles: *Right and Wrong*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1978; FRIED, Charles: “¿Es posible la libertad?”, en McMURRIN, Sterling M. (editor): *Libertad, igualdad y derecho. Las conferencias TANNER sobre filosofía moral*, tr. de Guillermo Valverde Gefaell, Ariel Derecho, Ariel, Barcelona, 1988; pp. 91 – 132: (versión castellana de *Liberty, Equality and Law: Selected Tanner Lectures on Moral Philosophy*, Cambridge University Press, 1987)
- 9) Por el filósofo británico John Rawls y su teoría de justicia neocontractualista. RAWLS, John: *A Theory of Justice*. Oxford Paperbacks, Oxford University Press, Oxford 1973; Edición castellana, RAWLS, John: *Teoría de la justicia*, tr. de María Dolores González, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1979
- 10) GREEN, Ronald: “Health Care and Justice in Contract Theory Perspective”, en VEATCH, Robert y R. Branson: *Ethics and Health Policy*, Ballinger, Cambridge, Mass., 1976, pp. 105 – 143; Los bienes sociales primarios son elementos básicos del principio de justicia, sin los cuales ésta resultaría inalcanzable. Estos bienes primarios son cosas que toda persona racional desea, cualesquiera sean sus planes racionales de vida. Ellos son: 1) Las libertades básicas; 2) La libertad de movimiento y la libre elección de ocupación; 3) Los poderes y prerrogativas de cargos y posiciones de responsabilidad; 4) La renta y la riqueza (en el sentido de derecho a la propiedad); 5) Las bases sociales al respeto a sí mismo. RAWLS, John: *A Theory of...*; pp. 145 -146; Kenneth J. Arrow, el economista y profesor de Harvard, ha criticado de manera muy convincente la aproximación de Green. Sostiene aquel autor que si se permite la asistencia sanitaria en la tabla de bienes primarios de Rawls y si, por ende, se permite el regateo con otros bienes, como ingresos y bienestar, ello que forzaría a incurrir en comparaciones interpersonales de utilidad, cosa que RAWLS ha querido evitar a toda costa. Arrow afirma también que si el segundo principio de Rawls permite las desigualdades siempre y cuando ellas vayan asociadas al beneficio de los menos favorecidos, la inclusión de la asistencia sanitaria entre los bienes primarios permitiría un excesivo drenaje de recursos hacia la satisfacción de necesidades asistenciales “quizás hasta el punto de reducir a la sociedad a la pobreza”. Véase ARROW, Kenneth J. “Some Ordinalist – Utilitarian Notes on Rawls’s Theory of Justice”, en *Journal of Philosophy*, N° 70, 1973; pp. 251 – 261
- 11) Ver DANIELS, Norman: *Just Health care*, Cambridge University Press, Cambridge,

- 1985; p 33; Existe otra matización a la teoría de Rawls, en parte semejante a la de N. Daniels, que si bien no ha sido aplicada a cuestiones de justicia sanitaria, podría resultar fructífera; se trata de la de Amartya Sen. Para este autor habría que reemplazar el índice de bienes primarios por un índice de “capacidades básicas”, es decir, “el que una persona sea capaz de hacer ciertas cosas básicas”. Sen se basa en que los bienes primarios padecen del defecto fetichista de ocuparse de los bienes, y aunque la lista de bienes se especifica de un modo amplio e inclusivo, abarcando derechos, libertades, oportunidades, ingresos, riqueza y las bases sociales de la propia estima, sigue ocupándose de las cosas buenas, en vez de lo que suponen esas cosas para los seres humanos. De allí que proponga como modelo superador, el de la igualdad de capacidades básicas que, de hecho, puede verse, en esencia como una extensión en dirección no fetichista a los planteamientos de Rawls. Aplicando este modelo, Sen sugiere que una tabla de este tipo llevaría a prestar asistencia a un minusválido, aun cuando ello no maximizara la utilidad total y aun cuando tampoco guardara relación con los bienes primarios a la manera de Rawls. Ver Sen, Amartya K. “¿Igualdad de qué?”, en McMURRIN, S.M. (editor): *Libertad, igualdad y derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral*, tr de Guillermo Valverde Gefaell, Ariel Derecho, Ariel, Barcelona, 1988, pp 133 – 156, (versión castellana de *Liberty, Equality and Law: Selected Tanner Lectures on Moral Philosophy*, Cambridge University Press, 1987); pp 152 – 153
- 12) Ver ENGELHARDT, H Tristram Jr. *Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, Nueva York, 1986; Para una crítica a Engelhardt, ver FLECK, Leonard M.: “Just Health Care” (1): *Is Beneficence Enough?*, en *Theoretical Medicine*, Vol. 10, Nº 2, Kluwer Academy Pub. Dordrecht, Holanda, 1989, pp 167 – 182; pp 174 y ss.
- 13) Robert Nozick retoma la tradición iniciada por Adam Smith, acerca de las inclinaciones naturales del hombre libremente desarrolladas, como constructoras del bien de la comunidad. Este autor representa la vertiente ética en el contexto más amplio del resurgimiento del laborismo económico (M. Friedman), político y social (F. Hayeck) y jurídico (H. L. A. Hart), y según su tesis el estado no debe ir en contra de las inclinaciones humanas, y debe abstenerse de intervenir más de lo mínimamente necesario. Nozick sostiene que un Estado será “justo” sólo cuando su acción se limite a la protección de los derechos individuales de los ciudadanos contra sus violaciones, que “el Estado mínimo es el más amplio que puede justificarse” y que “un Estado más grande violaría los derechos de las personas”, no debiendo el Estado “utilizar su aparato coercitivo con el fin de obligar a algunos ciudadanos a ayudar a otros”. NOZICK, Robert: *Anarchy, State and Utopia*, Reimpresión 1ª Edición 1974, Brasil Blackwell, Oxford, 1980; p 9; véase RUBIO GARRACEDO, José,

Paradigmas de la política del Estado justo al Estado legítimo (Platón, Marx, Rawls, Nozick). Prol. José L. López Aranguren. Col Pensamiento Crítico / Pensamiento Utópico (dir. J. M^a Ortega) N° 51, Anthropos, Barcelona, 1990

- 14) *Al respecto abundan los ejemplos: Bismark, que era lo que hoy llamaríamos un conservador, creó el sistema de las Cajas de Salud (Krankenkassen) alemán, que era un proyecto de los Socialistas, como estrategia para quitarles poder reivindicativo y ganar unas elecciones; el Sistema Nacional de Salud Británico es también obra de los conservadores, y no de los laboristas, como cabría esperar; el Sistema Nacional de Salud español no fue creado por la República, sino por el Gobierno del General Franco. Las excepciones que existen son casi todas del mismo color: los sistemas de salud de los países que antes llamábamos "del Este", el actual sistema cubano y los sistemas de salud de los países escandinavos.*
- 15) *Esta ya está siendo la experiencia de numerosos países europeos. Véase SALTMAN; Richard B. y Casten von Otter: *Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems*, Open University Press, Buckingham, 1992, 177 I) P*
- 16) *RUCHLIN Hirsh S. y Daniel Rogers: *Economics and Health Care*, Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Ill., 1973; p. 55*
- 17) *Ver MOOLEY, Gavin H. *Economics, Medicine and Health Care*, Wheatsheaf Books, Ltd., Londres, 1986, 171 pp; capítulo 6, y en especial p 74 pp 83 y siguientes*
- 18) *Véase ABEL SMITH, Biran: *Value for Money in Health Services. A Comparative Study*, 3^a Edición (1^a Edición en 1976), Heilmann Educational Books Ltd., Londres, 1983; p 46*
- 19) *Mooney desarrolla esa particular relación del médico como agente del paciente en MOONEY, Gavin H.: *Economics...* citado; capítulo 6*
- 20) *Ver: MAYNARD, Alan: "The Public and Private Regulation of Health Care Markets", en SASS, Hans – Martin y Robert U. Massey: *Health Care Systems. (Moral Conflicts in European and American Public Policy)*, Serie *Philosophy and Medicine*, N° 30, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holanda, 1988, citado: pp. 133 – 166; p 141 y 142*
- 21) *Sobre las posibilidades de maximizar beneficios mediante la derivación de pacientes entre médicos, puede verse el exhaustivo estudio de D.H. Frankford. FRANKFORD, David M.: "Creating and Dividing the Fruits of Collective Economic Activity: Referrals among Health Care Providers", en *Columbia Law Review*, Vol. 89, Columbia University, University, Nueva York, 1989, pp. 1861 – 1938. Este autor en la página 1865, cita el informe de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU., según el cual: "Aproximadamente*

el 12% de los médicos que trabajan con Medicate – financiación pública para la asistencia de mayores de 65 años – tienen parte de la propiedad o inversiones en los bienes y servicios hacia los cuales derivan pacientes; como mínimo el 25% de los laboratorios de análisis clínicos (...) y el 8% de los proveedores de bienes durables de equipamiento médico pertenecen total o parcialmente a los médicos que efectúan derivaciones de pacientes (hacia laboratorios de hospitales)”. Se ha informado de laboratorios de análisis clínicos que gratifican a los médicos por cada paciente que se les envía. Ver ABEL SMITH, Brian: Value for Money..., cit. p 53; Casos similares es factible que puedan ocurrir entre cirujanos y anatómopatólogos entre clínicos y especialistas, etc.

22) *Con todo, la tendencia no parece ser la de comportarse los médicos como puros maximizadores de beneficios, sino la de actuar con una mayor moderación de la que sería dable de esperar de otros agentes económicos en una situación de mercado que les fuese tan favorable. Véase EVANS, Robert G.: “Supplier Induced demand: Some Empirical Evidence and Implications” en PERELMAN Mark (editor), The Economics of Health and Medical Care, McMillan Press Ltd., Londres y Basingstoke 1974; pp 173.*

23) *Baste recordar que los EE.UU., en donde mejor pueden verse las consecuencias del modelo, ocupan el vigésimo lugar en cuanto a mortalidad infantil y el puesto número doce con relación a expectativa de vida, por no hablar de niveles de colesterol, enfermedades cardiovasculares, etc., aún cuando gastan el 14% de su producto bruto interior en la asistencia sanitaria que ofrece el libre mercado.*

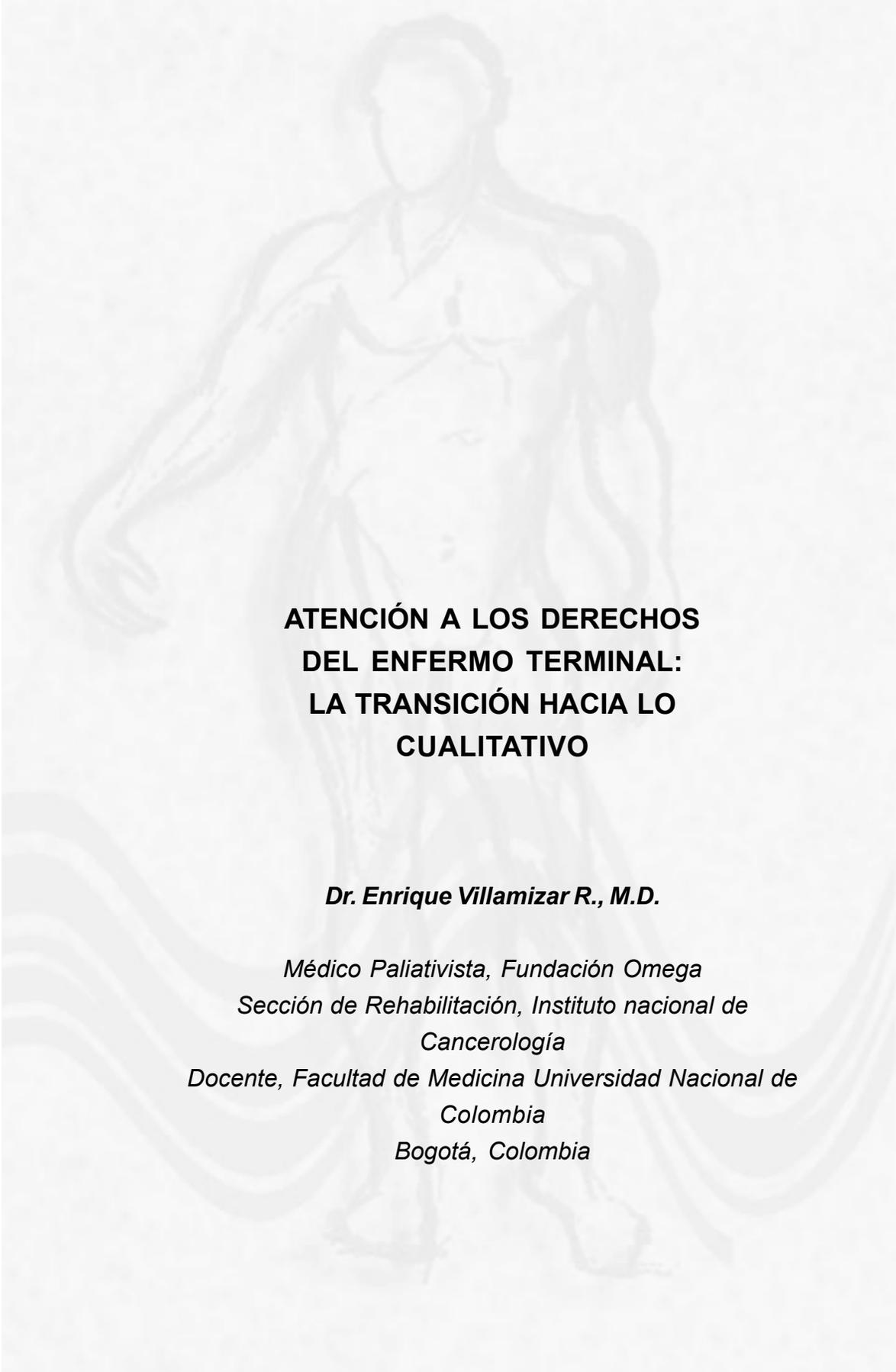
24) *Véase OTERO, Ricardo y Pablo Rodríguez del Pozo: “Nuestro sistema de salud: causas de la crisis y bases para la discusión sobre su futuro” en Asociación Argentina del Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social, XII Congreso Nacional, Ponencias, Tomo III, pp. 245 – 268.*

25) *Para una revisión de la literatura sobre las mayores necesidades sanitarias de los sectores económicos más bajos, véase FEINSTEIN, Jonathan S., “The Relationship between Socioeconomic Status and Health: A Review of the Literature” en The Milbank Quarterly, Vol 71, Nº 2, 1993, pp. 279 – 322*

26) *Véase VAN DE VEN, WYNAND y René Van Vliet: “How can we prevent cream skimming in a comparative health insurance market? The great challenge for the 90’s, en ZWEIFEL, P. y H. E. Frech III: Health Economics Worldwide. Kluwer Academic Pub., Dordrecht, Holanda, 1992, pp. 23 – 46*

27) *Véase VAN DE VEN, Wynand, René Van Vliet, Erick van Barneveld y Leida M. Lamers: “Risk – Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands”, en health Affairs, Invierno 1994, pp. 120 – 136; NEWHAUSE, Joseph P.: “Economics*

Analysis: Patients at Risk: Health Reform and Risk Adjustment, en *Health Affairs*, primavera 1994, pp. 132 – 146; VAN VLIET, René y Winand Van de Ven: “Towards a Capitation Formula for Competing Health en *Social Science and Medicine*, Vol. 34, N° 9, 1992, pp. 1035 – 1048.



**ATENCIÓN A LOS DERECHOS
DEL ENFERMO TERMINAL:
LA TRANSICIÓN HACIA LO
CUALITATIVO**

Dr. Enrique Villamizar R., M.D.

*Médico Paliativista, Fundación Omega
Sección de Rehabilitación, Instituto nacional de
Cancerología
Docente, Facultad de Medicina Universidad Nacional de
Colombia
Bogotá, Colombia*

Uno de los campos de desarrollo más importantes para la bioética es, sin duda, concierne a la atención que merecen los pacientes terminales. Un paciente terminal es aquel quien, luego de una enfermedad que no ha podido ser curada ni mantenida bajo control por los medios efectivos actualmente disponibles, se acerca pronta e irremediabilmente al final de su vida, a su muerte. Esta es una realidad compartida en la actualidad por millones de seres humanos en el mundo. Es pues una última y personal situación vital, como también un problema de las comunidades.

La atención dedicada a los pacientes con enfermedad en fase terminal, cada día merece mayor atención, tanto por las especiales necesidades a satisfacer, como por los dilemas humanos (clínicos, bioéticos, espirituales y psicosociales) que ello conlleva. Esta ha sido una de las áreas de atención en salud que más significativos alcances ha registrado en el presente siglo, particularmente en los últimos treinta años.

NATURALEZA HUMANA, ENFERMEDAD TERMINAL Y ASISTENCIA MÉDICA

Desde el inicio del universo conocido, ha sido ley de la naturaleza el aparecer, crecer, permanecer por un tiempo y, finalmente, desaparecer. Las especies biológicas no son una excepción a esta norma y dentro de ellas, menos aún los seres humanos.

Sin embargo, hasta el advenimiento de las conquistas sociales que posibilitaron una mejoría en las condiciones materiales de vida y un aumento importante del promedio de vida del ser humano, no había tanto problema en aceptar o convivir con la realidad de la muerte. Los desarrollos biotecnológicos, que permitieron avances notorios en la conquista sobre la enfermedad, pusieron su grano de arena al posibilitarle al hombre acariciar el sueño de muchos, de conquistar no sólo la vida, sino también la muerte.

De modo paralelo, pero no ajeno a la realidad de la problemática de los pacientes terminales, siguió la tradicional asistencia en occidente que se había instituido para ellos desde la edad media: el abandono sobre las necesidades de la cotidianeidad sobre lo concreto y el énfasis en la búsqueda de lo espiritual como único camino al final de la vida. Para estos pacientes era natural, y aún lo es para muchos, el morir presa de dolor y síntomas sin alivio, pauperizados hondamente en su divina condición humana.

Gran parte de esta realidad era posible gracias al desconocimiento que se tenía sobre las enfermedades en general (no sólo aquellas que llevaban al individuo a la muerte) y también al desconocimiento sobre cómo el hombre podía intervenir en ellas para acceder de nuevo a la vida o, por lo menos, para hacerla más amable. Además, la medicina encontraba un límite a su misión de salvar y prolongar la vida ante la muerte. Y esta, y los sucesos que la rodeaban, no eran susceptibles de ser comprendidos ni abordados por la óptica cartesiana, organicista y positivista del modelo biomédico imperante. Por tanto, lo mejor era abstenerse de actuar en esas circunstancias y dejar de lado, solos y abandonados, a los pacientes a la hora de morir.

Dicho papel de la medicina ante los pacientes terminales se mantuvo vigente hasta que los progresos biotecnológicos ofrecieron la posibilidad de cruzar el límite de la vida y la muerte. El resultado de la aplicación desmedida de la biotecnología no fue mejor que el abandono: proliferó el encarnizamiento terapéutico, el uso indiscriminado y descontextualizado de las intervenciones médicas destinadas a prolongar más la agnía, en detrimento de la vida misma, y a retardar la llegada de la muerte, el destino final y natural del hombre.

REALIDAD DEL PACIENTE TERMINAL

Ambas alternativas ante la muerte pasaban por alto muchos derechos del hombre, del hombre enfermo y próximo a morir. Pero, para comprender mejor esta vulneración a la esencia humana, es menester comprender primero cuál es la realidad enfrentada por un paciente terminal (Gráfico N° 1).



El diagnóstico de enfermo terminal desencadena una serie de eventos que ocurren en los diferentes planos de la experiencia humana. A nivel orgánico, aparecen estigmas de la enfermedad que se expresan como síntomas; estos no son susceptibles a ser suprimidos si se toma el control de la enfermedad como modo último, o único, de acallar tales síntomas. Actualmente, se dispone de un cuerpo de conocimientos, conocido como Medicina Paliativa, que sí permite un gran alivio de los mismos. En el nivel físico, también pueden ser comprendidas las necesidades de orden funcional, al parecer una creciente y deteriorante invalidez.

A nivel emocional, se vive una gran crisis ocasionada fundamentalmente por las múltiples pérdidas a las que se encuentra abocado el enfermo. La principal de ellas es la pérdida de su propia vida. a esta se añade el temor a vivir el proceso de morir, el temor al momento mismo de la muerte y el temor al incierto más allá de la muerte. Aquí también se agrega el impacto producido en aquellos seres amados a los que pronto se dejará.

A nivel de lo sociofamiliar, se suceden cambios que implican pérdidas de *status*, mayor necesidad de asistencia por parte de terceros en materia de lo cotidiano y de la salud, aumento del consumo de recursos económicos y saturación de las contingencias protegidas por los sistemas de asistencia y seguridad social, así como preocupación por la supervivencia futura de los seres que dependen económicamente del enfermo.

A nivel espiritual, se vive una dura prueba de fuego ante la confrontación del sentido trascendente del ser humano y el sentido de la vida, con la finitud del ser y de su propia vida. no es infrecuente hallar pacientes en absoluto descreimiento de su fe, como tampoco quienes avalúan mejor este proceso último como antesala a aquello para lo cual se han preparado durante toda su vida. Sea cual fuere la opción, de todas maneras se produce un remezón espiritual.

Desde la óptica de la familia de un paciente terminal, cada uno de sus miembros vive también un proceso muy difícil y profundamente humano. Ellos ven amenazadas la continuidad de su ciclo vital al perder a uno de sus miembros. Se ven agobiados en sus emociones por la pena propia y por la de su ser querido, a la vez que pueden ver amenazada su supervivencia económica. Todo ello porque muchas veces se asume el cuidado directo y cotidiano de su enfermo moribundo, quehacer desconocido para ellos. Esto ocasiona frecuentemente que alguien abandone su actividad productiva, con lo cual se agrava la crisis económica y la se sobrecarga aún más el núcleo familiar.

El no saber qué hacer ante el enfermo terminal, por temor o por desconocimiento, caracteriza comúnmente a la inercia de los equipos de salud. Se producen problemas logísticos al no tener disponibles camas en las instituciones hospitalarias para atender necesidades de salud cuando sea preciso. Esta situación se agrava al saber de antemano que el paciente va a morir, o al no tener una infraestructura asistencial domiciliaria cuando el enfermo está y quiere estar en casa, o cuando no le es posible acceder a una institución que le pueda acoger.

Y al pensar en la sociedad, con frecuencia ésta no está preparada para atender o apoyar el cúmulo de necesidades que estos pacientes, sus familias y los equipos de salud plantean. Ello acarrea diferencias inequitativas estructuralmente determinadas en la satisfacción de las contingencias que vulneran beneficios socialmente tutelados en otras circunstancias.

SUFRIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE TERMINAL

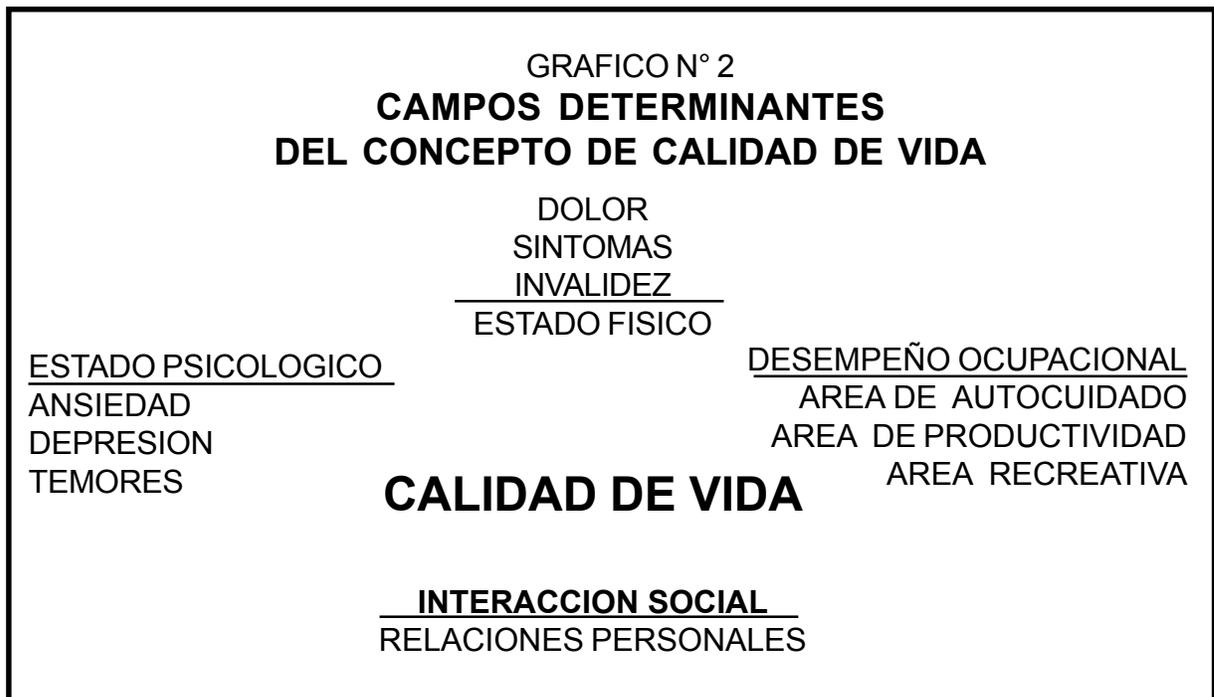
Todo lo anterior no ha sido más que la descripción de las características que el sufrimiento toma en los pacientes terminales y en quienes les rodean. Debe aclararse que el sufrimiento no es sólo aquel que hace irrupción en la vida del ser humano cuando enferma o afronta una crisis importante en su vida. de acuerdo con Cassel, el sufrimiento es una sensación agobiante que abrumba al hombre cuando éste ve amenazada la integridad de su ser, de su existencia. Y el enfermo terminal encara amenazas a su ser biológico, a su ser emocional, a su ser espiritual, a su funcionalidad en lo cotidiano, a su estabilidad económica y a su núcleo de familiares y de seres emocionalmente significativos.

La principal víctima de todo este sufrimiento, mucho de él innecesario y susceptible de alivio, es la calidad de vida del enfermo. Más aún cuando la cantidad de vida es cada vez menor. Calidad de vida es un concepto que cada día recobra más importancia en el cuidado de la salud, pues durante mucho tiempo ha sido olvidado. Además, mucho de los logros en materia de salvación y prolongación de la vida, han sido hechos a expensas de la calidad de la misma.

Algunos autores han propuesto inclusive que el cuidado destinado a mejorar la calidad de vida, no es más que el novísimo nivel – el cuaternario - , en el modelo de prevención de la historia natural de la enfermedad propuesto por Leavell y Clark. Hay consenso en aceptar que calidad de vida hace relación a la satisfacción que un individuo tiene de su propia vida y de la dignidad con que la ha vivido. Ello implica que, al objetivarla, haya

necesidad de establecer indicadores que midan niveles diferentes de bienestar como resultado de la suma de sendos niveles encontrados en lo físico, lo psicológico, la interacción social y el desempeño ocupacional, los cuatro dominios con mayor preponderancia en la conformación del concepto.

Cuando se decide cambiar el *status* del enfermo terminal, se hace obligatorio entrar a aliviar el sufrimiento innecesario. Ello será posible a partir de la realización de acciones sistemáticamente dirigidas a satisfacer las necesidades existentes, con base en un esfuerzo conjunto entre pacientes – familias, equipos de salud y sociedad, encaminado a mejorar la calidad de vida. a este esfuerzo, se le conoce actualmente como cuidado paliativo, un cuidado profesional, científico y humano orientado a atender, de modo integral, las necesidades fundamentales, y presentes en el ser humano terminalmente enfermo y en quienes le aman y le cuidan el tiempo que dura el impacto de esta problemática (Cuadro N° 1). La misión del cuidado paliativo está orientada hacia el mejoramiento continuo de la calidad de vida, la disminución del sufrimiento y el procurar una muerte digna.



DERECHOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

Para poner en marcha todo este engranaje de cuidados, la primera tarea a realizar es reconocer que el enfermo terminal tiene prerrogativas propias para exigir de quienes le rodean (seres queridos, equipos de salud y sociedad) el cubrimiento de sus necesida-

des a satisfacción y de modo inalienable. Esas prerrogativas conforman sus derechos, los derechos del paciente terminalmente enfermo (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 1 ALIVIO DEL PACIENTE TERMINAL		
FUENTE DE SUFRIMIENTO	TIPO DE ALIVIO	FUNCION DEL EQUIPO DE CUIDADO PALIATIVO
FISICO	CONTROL DE SINTOMAS COMUNICACION	⊗ CLINICA
EMOCIONAL		⊗ COMUNICADORA
ESPIRITUAL	TOMA DE DECISIONES	⊗
SOCIOFAMILIAR		⊗ GUIA ETICA

Tales derechos corresponden a los Derechos Humanos de la fase avanzada y terminal de una enfermedad, siendo a la vez una particularización de las proclamas de derechos del enfermo. Ellos son:

1. *El enfermo terminal tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad.*

El rol del enfermo nunca es más lamentable que durante la fase terminal de su enfermedad. El sufrimiento no aliviado lo priva de la posibilidad de continuar disfrutando del presente y lo reduce a una condición indigna para él mismo y para quienes le rodean. De antemano se le ofrece la muerte en vida y se le restringen de este modo sus potencialidades sin tener en cuenta las capacidades que existen, activas o latentes, en la inmensidad del ser humano.

Si bien es cierto que la enfermedad restringe algunas de las capacidades del ser humano, ello se hace más evidente cuando se está frente al deterioro progresivo e irreversible de la fase terminal. La fase final de la vida es, empero, también una fase de crecimiento y desarrollo personal.

CUADRO N° 2

DECÁLOGO DE DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL

El enfermo terminal tiene derecho a:

- 1 Vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad.
- 2 Vivir independiente y alerta
- 3 Tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social.
- 4 Conocer o rehusar conocer todo lo concerniente a su enfermedad y su proceso de morir.
- 5 Ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- 6 Ser el eje principal de las decisiones a tomar en su etapa final de la vida.
- 7 Que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- 8 Hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo.
- 9 Que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta en el manejo del proceso, antes y después de su muerte.
- 10 Morir con dignidad, tan confortable y apaciblemente como sea posible.

Quienes cuidan y rodean al enfermo terminal deben descubrir y estimular el desarrollo de las potencialidades que conforman la vitalidad y riqueza de ese ser humano y permitir su expresión y desarrollo en todas las circunstancias.

2. El enfermo terminal tiene derecho a vivir independiente y alerta.

Este derecho establece condiciones básicas que le permiten al enfermo ejercer su autonomía en todo contexto al igual que su individualidad y privacidad. Es común la práctica de hacer a estos pacientes dependientes, más allá del nivel de asistencia necesario para permitirles alcanzar un desarrollo satisfactorio del diario vivir. Esto no debe ser confundido con la necesidad de rodear al paciente de un ambiente lleno de calidez humana, ni con la satisfacción de su necesidad de no estar solo.

Especial mención recibe el derecho a vivir en estado de alerta. Frecuentemente, el paciente sedado o mantenido en la inconsciencia, sin mediar indicación médica precisa que amerite dichas intervenciones. Se responde de este modo al temor de la familia y de los proveedores de cuidado de discutir con el paciente tópicos difíciles, de aceptar la

existencia e inminencia de su muerte, para permitir el encubrimiento de sus miedos o su incapacidad para recibir la expresión de sentimientos negativos o desagradables por parte del paciente.

Si el sufrimiento físico del paciente puede ser manejado con fármacos que no obnubilen el estado de conciencia, debe privilegiarse esta acción. Sin embargo, si como resultado del avance de la enfermedad, y el deterioro clínico del enfermo, se necesitara el uso de estos fármacos, o el aumento de sus dosis hasta niveles que impliquen la aparición de estados de depresión del nivel de conciencia como efecto colateral, es lícito y está indicado su uso puesto que lo importante es la abolición del sufrimiento que a él agobia.

3. El enfermo terminal tiene derecho a tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social.

Ya se ha visto cuál es la magnitud y el origen del sufrimiento del paciente con enfermedad en fase terminal. Mucho de este sufrimiento es innecesario y es deber de quienes le rodean y cuidan el mitigarlo. Empero, esto no significa que la muerte no tenga un sufrimiento inherente a ella, el cual es natural y es la razón de los diferentes sentimientos despertados en el paciente y sus seres queridos, es la base que explica cómo y por qué una pérdida nos afecta: el paciente terminal pierde todo lo que este mundo representa para él y sus seres queridos, a su vez, se enfrentan a un mundo sin él.

La meta a alcanzar es el máximo confort posible para el paciente. Los agentes de ciencia médica deben tener en cuenta que este sufrimiento no es solamente de origen físico. Pero el efectivo alivio del dolor y el control de síntomas son la piedra angular sobre la que descansa la posibilidad de atender las demás necesidades del paciente.

La medicina científica debe contemplar los otros aspectos integrantes del sufrimiento del enfermo para permitir su atención desde un punto de vista holístico. Cuando esto se olvida, la institución médica se convierte en una cárcel para el paciente y menoscaba aún más la condición del moribundo. Esto implica la conformación de equipos de cuidado paliativo que ayuden al paciente terminal y a su familia a *soportar* sobre sus hombros la inmensa carga que ellos llevan. Esto es alcanzado en la medida en que se satisfagan efectivamente las diferentes necesidades presentadas por paciente y familia.

Una realidad negativa, aún popular, es el abandono que sufren los pacientes por parte de quienes le han cuidado hasta el momento de hacer el diagnóstico fatal, porque creen

que “ya no hay nada más que hacer” por ellos. Actualmente, se sabe que, por el contrario, siempre hay algo más que hacer y se hará todo lo posible y al alcance para remediar los problemas presentes.

El sufrimiento espiritual es especialmente grande en esta etapa de la vida. debe explorarse este aspecto del sufrimiento en cada situación y poner al alcance del paciente las medidas que le permitan su alivio espiritual, lo cual debe hacerse bajo los cánones de respeto a la libertad de credo e ideología, que es un derecho de los seres humanos. No se pueden ni se deben imponer al paciente las creencias o convicciones personales. Hay oportunidades donde se encuentran pacientes que hallan en la experiencia de su dolor un significado espiritualmente importante para sus vidas. Este tipo de connotaciones especiales deben ser precisadas y aclaradas, tanto para la familia como para el equipo, y no deben ser entendidas como abandono al paciente por parte del equipo. Esta decisión, autónomamente tomada, debe ser respetada por todos los que le rodean, pero siempre se debe dejar la puerta abierta para el momento en el cual el paciente modifique su decisión y acceda al alivio de su sufrimiento de origen físico.

4. El enfermo terminal tiene derecho a conocer o rehusar; conocer todo lo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir.

Hay dos hechos muy particulares en la fase terminal de un enfermo. Por una parte, sus familiares y proveedores de cuidado tratan de protegerlo del impacto que, ellos suponen, le va a generar la inminencia de la muerte, del cuál creen que no se recuperará, perdiendo así la posibilidad de compartir de un modo más cercano y abierto los últimos momentos del ser querido, solucionando asuntos pendientes y planeando el futuro. El otro hecho se refiere a la compulsión de dar malas noticias por parte de los profesionales de la salud, que los lleva a no tener en cuenta las necesidades particulares de información que tiene cada paciente y su capacidad de asimilación, no brindando el soporte adecuado y anhelado cada vez que se dan noticias fatales.

Quienes dan malas noticias deben aprender a conocer qué y cuánto quiere saber el paciente, en qué momento desea saberlo y darle el soporte necesario para enfrentar la crisis desencadenada. Es deber de quienes dan malas noticias el saber cómo abordar al paciente, el interpretar sus sutiles mensajes verbales y no verbales, siempre respetando su elección respecto a saber o no saber sobre su diagnóstico – pronóstico y hacer lo que los demás la respeten y obren de acuerdo a ella. Ello incluye también el respeto por la confidencialidad incluso después de que éste haya fallecido. Una buena relación mé-

dico – paciente (o cualquier otro profesional de la salud) es la mejor guía para establecer una comunicación efectiva, honesta y veraz.

5. *El enfermo terminal tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.*

El cuidado prodigado a un enfermo terminal no es un cuidado meramente sensiblero. Tampoco es una profusión de técnica deshumanizadora lo que caracteriza la atención paliativa del paciente terminalmente enfermo. Este tipo de atención implica, por un lado, un efectivo alivio del dolor y control de síntomas por parte de médicos y enfermeras y, por otro, una adecuada respuesta a las necesidades emocionales, sociales y espirituales por parte del equipo de cuidado.

El personal que cuida enfermos en fase terminal debe ser un personal altamente calificado desde el punto de vista humano y profesional, a la vez que debe disponer de todas las facilidades necesarias para el cabal desempeño de su labor, de las cuales las más importantes son: tiempo, por la naturaleza altamente consumidora de tiempo del cuidado paliativo, y un buen soporte en pro del mantenimiento de su utilidad terapéutica para el paciente, su familia, el equipo y, particularmente, para sí mismo.

6. *El enfermo terminal tiene derecho a ser el eje principal de las decisiones a tomar en su etapa final de la vida.*

El cuidado de enfermos en fase terminal implica una continua toma de decisiones donde es el paciente quien debe decidir, siempre que su capacidad para tomar decisiones esté intacta. La bondad de una decisión depende de la caracterización justa y precisa de la situación problema y de un análisis cuidadoso de todas y cada una de las opciones alternativas disponibles. Para ello es necesario que se le proporcione de la información pertinente a la problemática a resolver, de las opciones presentes y de las consecuencias de cada una de ellas. No debe ser obligado a optar por una decisión que no nazca de su real fuero interior. En los casos en que el paciente no pueda hacerlo, serán sus seres queridos o bien aquella persona con poder legal, autorizada con anterioridad por el paciente en pleno uso de su capacidad decisoria, quienes ocuparán su lugar en el proceso de toma de decisiones.

Particular importancia merecen hoy en día la existencia de documentos denominados

testamentos vitales en los cuales el paciente puede manifestar previamente que “está es mi voluntad”, los cuales deben realizarse también en pleno uso de su capacidad para tomar decisiones y deben darse a conocer a los miembros del equipo tratante y a los seres queridos, con anterioridad a la pérdida de la capacidad de autodeterminación del paciente. El médico siempre debe ser el guía de este proceso y debe actuar siguiendo los principios éticos de cualquier otra acción médica.

El deber del personal médico, entonces, velar siempre porque las decisiones que sean tomadas correspondan a aquello que más beneficie la calidad de vida del paciente y contribuya al mantenimiento de la dignidad humana del mismo, tanto al vivir como al morir.

7. El enfermo terminal tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.

Con frecuencia, el enfermo en fase terminal es objeto de un encarnizamiento terapéutico despiadado. Es aquí donde la medicina, por querer cumplir su propósito de prolongar la vida, se encamina más bien, a prolongar la agonía y retardar la llegada de la muerte. La prolongación del sufrimiento y la agonía, no de la vida, es contrario al manejo humano del paciente con enfermedad terminal. Es una falta contra natura de retrasar la llegada de la muerte, más aún cuando esta se extiende como un manto bienhechor y aliviador total del sufrimiento innecesario del paciente.

Es preciso recordar que más tarde que temprano todos habremos de morir. Es en este punto donde el médico, que en otras oportunidades ha ayudado al paciente a vivir su vida lo mejor posible, debe ayudar también a su paciente a morir del modo más humano posible.

8. El enfermo terminal tiene derecho a hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo.

El paciente terminal vive, ante todo, un tiempo presente y necesita estar en condiciones óptimas para hacer el mejor uso posible de este tiempo. El mañana es incierto y, tal vez, ya no llegue. El paciente terminal tiene también un compromiso con el pasado y necesita terminar asuntos pendientes o simplemente disfrutar de los buenos recuerdos. El paciente terminal tiene un compromiso con el futuro: ayudar a planear el mañana de los

suyos cuando él ya no esté y organizar la culminación exitosa de los proyectos que no alcanzará a concluir. El enfermo en fase terminal tiene derecho al goce de lo lúdico, al desarrollo de su creatividad, a la expresión y satisfacción de su sexualidad. El velar por el ejercicio de ello, es también responsabilidad de todos los que le rodean. Entre las lágrimas y las tristezas de la ceremonia del adiós también hay cabida para la sonrisa y la alegría.

9. *El enfermo terminal tiene derecho a que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidas en cuenta en el manejo de su proceso, antes y después de su muerte.*

Un punto importante es la ayuda práctica, que se debe poner a disposición, cuando es la familia el agente directo de provisión de cuidados al paciente. Generalmente, sus miembros no tienen el conocimiento, ni entrenamiento suficiente y necesario para hacerlo, aunque su diligencia y delicadeza hacen mucho por el bienestar del enfermo. Fácilmente son sobrecargados por la magnitud de la labor impuesta y por la falta de descanso, en una labor ardua y difícil, realizada de modo ininterrumpido; a ello hay que agregar la sobrecarga impuesta por el temor a la pérdida del empleo o su pérdida real.

La familia se ve precipitada súbitamente a una crisis por desgaste, teme no satisfacer adecuadamente las necesidades impuestas por la situación de su ser querido en fase terminal. Debe entonces hacerse un diagnóstico de las necesidades, temores y problemas del núcleo familiar tan precozmente como sea posible. De acuerdo con este diagnóstico, deben satisfacerse sus necesidades, poner en acción una red de soporte extensa y facilitar los recursos prácticos para permitir un mejor desempeño de la familia en esta situación. El asegurar una muerte apacible del ser querido hará mucho por la calidad del proceso de duelo, al permitir tener un recuerdo no agobiador de los últimos instantes del paciente, recuerdo por demás imperecedero.

10. *El enfermo terminal tiene derecho a morir con dignidad, tan comfortable y apaciblemente como sea posible.*

Si se han ejercido los derechos anteriores, este último derecho es apenas un corolario a todo lo enunciado. Es importante respetar siempre los deseos propios del paciente frente a su propia muerte (como cuál es el lugar donde prefiere morir, a quienes quiere a su alrededor, cómo serán sus funerales y el destino de su cadáver, etc.), aliviar sus síntomas y asegurarle que no estará solo en el momento de la muerte.

Una satisfacción competente y adecuada de las enfermedades diagnosticadas en el enfermo terminal también evitará la contemplación de salidas fáciles a la difícil situación vivida, tales como las formas de muerte asistida (eutanasia o suicidio asistido) o el suicidio. El significado más usual que se quiere expresar cuando el paciente terminal manifiesta que quiere morir, no es que realmente quiera, sino que no puede continuar deseando vivir una vida miserable y llena de sufrimiento. La amplia experiencia a nivel mundial en cuidado paliativo es congruente y consistente al mostrar cómo estas expresiones se evanecen cuando entra en acción un cuidado paliativo eficaz, dejando sólo un breve lugar para ocasionales peticiones de permiso para morir, que no son más que la aceptación última de la finitud de la vida y la expresión de la preparación alcanzada para vivir a plenitud este momento final.

El derecho a morir en casa, rodeado del calor de hogar brindado por los rostros y las cosas familiares, por ese ambiente tan especial que solamente se puede encontrar en el hogar propio, es una costumbre a reconquistar. Ello no solamente le brinda un especial sentimiento de seguridad al moribundo, sino que contribuye a rodear al hecho de morir en el mejor ambiente humano y que no puede encontrarse en ambientes donde, a pesar del mejor cuidado técnico y profesional disponible, se muere solo.

El morir en casa es un derecho para cuyo ejercicio es imprescindible tener a disposición todos los medios necesarios para satisfacer necesidades del paciente en su propio domicilio. El ejercicio de este derecho tiene también un límite: situaciones clínicas incontrolables con los recursos que se pueden allegar a través de un servicio de cuidado domiciliario, la fatiga de batalla generada en la familia o el deseo del paciente de morir en otro ambiente diferente.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Cicely Saunders, la pionera mundial del cuidado paliativo, ha dicho: “Se necesitan aún más unidades y equipos de cuidado paliativo, pero hoy debemos mirar más allá de sus especiales oportunidades y experiencia para alcanzar su más importante logro: que ningún paciente moribundo, en cualquier lugar del mundo, fracase al buscar proveedores de cuidado en salud con la suficiente conciencia acerca de sus necesidades, ya sea para brindar ayuda por sí mismos o para llamar a otros cuando ellos no puedan hacerlo”.

Es entonces deber de quienes aún contemplan la vida desde una perspectiva no tan

cercana a la muerte – especialmente equipos de salud y la sociedad representada en sus instituciones y en cada uno de sus ciudadanos comunes - , concientizarse de esta problemática creciente y velar por la difusión, el acogimiento y la protección de los derechos del enfermo terminal enunciados, ya que a diario ellos no lo pueden hacer por sí mismos.

LECTURAS RECOMENDADAS

BEJARANO P. Y JARAMILLO I. (Eds.) (1992). Morir con Dignidad. Fundamentos de Cuidado Paliativo: Atención interdisciplinaria del paciente terminal. Santa Fe de Bogotá: Fundación Omega y Amazonas Editores.

CASSELL E. (1982) The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. New England Journal of Medicine. Vol. 306: 639 – 645.

CUYAS M. (1987) El Encarnizamiento Terapéutico y la Eutanasia. Dolentium Homini – La Iglesia en el Mundo – N° 6: 30 – 41.

FALLOWFIELD L. (1990) The Quality of Dying. En: Fallowfield L. (Ed.): The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care, Londres: Souvenir Press pp. 186 – 202.

SAUNDERS C. (1984) The Management of Terminal Malignant Disease. Londres: Edward Arnold.

SAUNDERS C. and BAINES M. (1989). Living with Dying. Oxford: Oxford University Press.

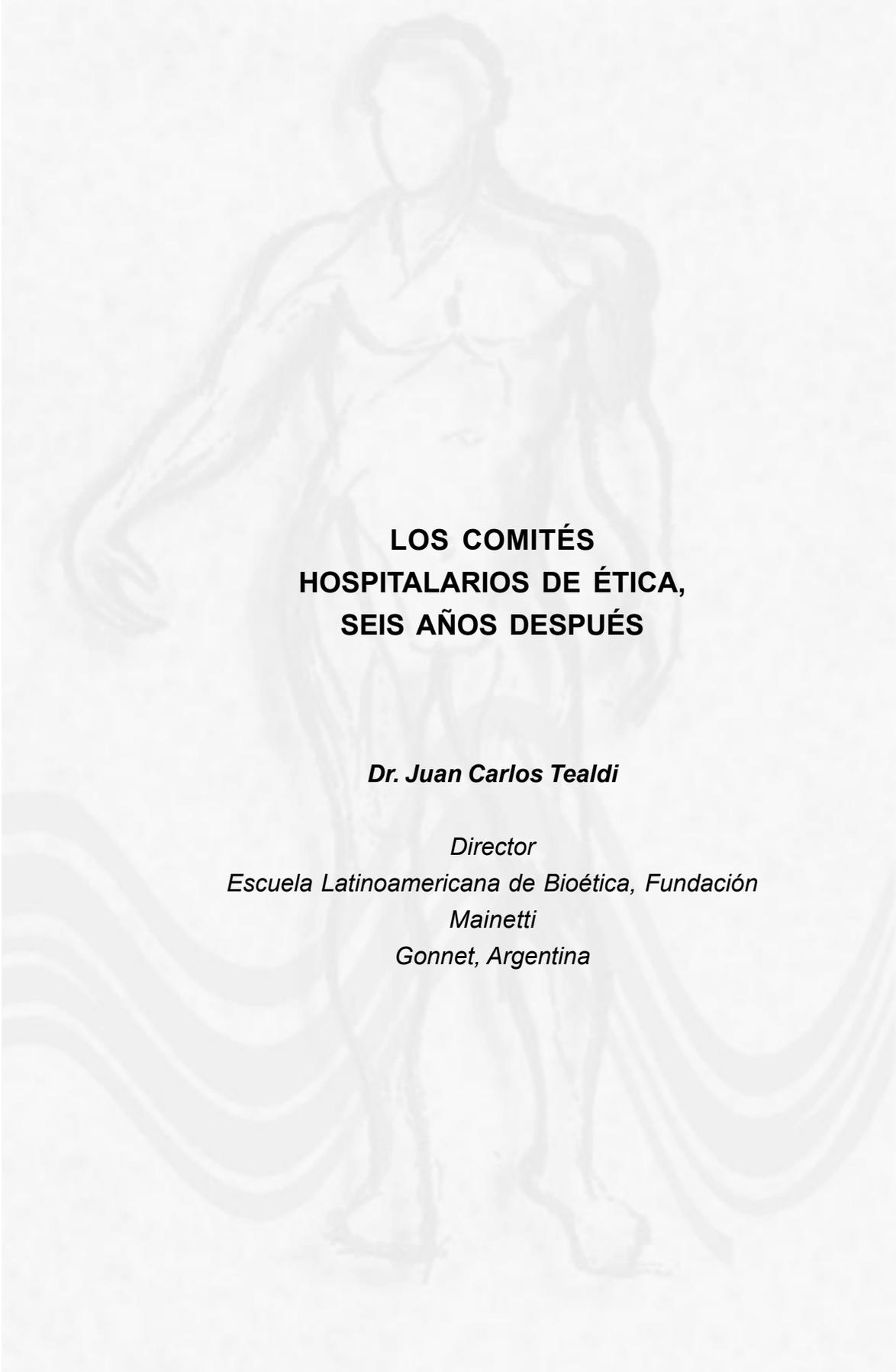
SCHIPPER H. (1990). Quality of Life: Meaning and Measurement. En Advances in Pain Research and Therapy. Vol. 16. New York: Raven Press pp. 89 – 97.

VILLAMIZAR E. (1992) Los Derechos del Paciente Terminal Enfermo. En: Roldán I. (Ed.). Los Derechos del Enfermo. Santa Fe de Bogotá: Selare.

WENZER S. ADELSTEIN S. CRANFORD R. ET AL (1984). The Physician's Responsibility toward Hopelessly Ill Patients. New England Journal of Medicine, Vol.

310: 955 – 959.

*WORLD HEALTH ORGANIZATION (1990) Cancer Pain Relief and Palliative Care.
Génova: World Health Organization.*



**LOS COMITÉS
HOSPITALARIOS DE ÉTICA,
SEIS AÑOS DESPUÉS**

Dr. Juan Carlos Tealdi

*Director
Escuela Latinoamericana de Bioética, Fundación
Mainetti
Gonnet, Argentina*

ORIGEN Y DESARROLLO

Origen de los comités de ética.

El primer comité hospitalario de ética que se conoce fue creado en la Morris View Nursing Home (New Jersey, USA) en 1976, para decidir sobre la continuación o no del tratamiento en el célebre caso de Karen Quinlan, una adolescente en coma profundo y con respiración artificial. El fallo de la Suprema Corte de New Jersey del 31 de marzo de 1976 decía en su Conclusión que si el guarda de la persona de Karen (su padre Joseph Quinlan a quien la Corte le había conferido tal atributo), la familia y los médicos a cargo, concluían que no había ninguna posibilidad razonable de que Karen pasara de la condición comatosa al estado cognitivo y que, por tanto, el respirador debía ser retirado, debía consultarse entonces con el “Comité de Ética del Hospital” o algún organismo semejante de la institución en la que Karen estaba internada; y que en caso de que dicho comité acordara con las conclusiones de la familia y los médicos el respirador podía ser retirado sin que pesaran cargo civil o penal alguno sobre los sujetos participantes (1). En su sentencia, la Suprema Corte entendía que debía haber un camino para que los médicos, libremente y sin contaminación de intereses propios o autodefensa alguna, pudieran juzgar por el bienestar de sus pacientes moribundos y citaba como una técnica posible para ello a la mencionada por la pediatra Karen Teel en un artículo del año anterior donde ésta proponía la creación de comités hospitalarios de ética (2).

Pese a este caso, algunos autores consideran como primer antecedente de los comités hospitalarios al comité instituido en 1960 por Beldin Scribner en Seattle para decidir qué pacientes renales crónicos debían acceder a hemodiálisis cuando los aparatos para hacerlo eran escasos. Sin embargo, el mismo no reúne las características principales que a partir de Karen Quinlan tuvieron estos comités y que se postulaban en el artículo de Teel: efectiva interdisciplinarietà, participación de miembros ajenos a la institución, discusión sobre otras decisiones además de tratar o no y justificación ética de las decisiones en casos de pacientes incompetentes. El problema entre 1982 y 1984 de los casos “Baby Doe” (neonatos malformados cuyos padres rechazaban tratarlos), para los cuales se buscó una instancia intermedia entre la decisión por los médicos o la decisión por los jueces, junto al informe de la Comisión Presidencial para el Estudio de los Pro-

blemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica y del Comportamiento en 1983, que recomendaba su creación, favoreció el gran desarrollo de estos comités en los Estados Unidos al que seguirá un desarrollo mundial de los mismos (3).

Desarrollo en Argentina y América Latina

En 1989, la Fundación Mainetti (Argentina) organizó el Primer Curso de Comités Hospitalarios de Ética para la formación de coordinadores de comités, con el objetivo de alcanzar la creación de éstos en los hospitales de mayor complejidad. Para esa fecha se contaba en nuestro país con no más de cinco de ellos entre los cuales se encontraba el del Hospital de Clínicas de Buenos Aires (1984) que ya no funcionaba, el del Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires (1984), el del Centro Oncológico de Excelencia de la Fundación Mainetti (1987) y el del Hospital Emilio Civit de Mendoza (1987). Algunos grupos interesados en San Juan, Tucumán, Bahía Blanca y Mar del Plata, no habían formalizado aún su creación.

A partir de entonces y en gran medida debido a aquella iniciativa educativa que continuó en los años siguientes, se crearon grupos de estudio y comités de plena institución en el Hospital Penna de Bahía Blanca, Hospital Materno – Infantil e Interzonal General de Mar del Plata; Hospital san Juan de Dios, Policlínico San Martín, Hospital de Niños e Instituto Provincial de Hemoterapia en La Plata; Hospital Evita de Lanús; Hospital del Niño de San Justo y Hospital de San Nicolás; todos en la provincia de Buenos Aires; Fundación Favaloro, Hospital de Pediatría Dr. Garrahan, Hospital Neuropsiquiátrico Borda, y hospitales Muñiz, Fernández, Durand y Tomú en la Capital Federal; Sindicato Médico del Uruguay en Montevideo, Escuela Colombiana de Medicina en Bogotá y Hospital Hermanos Ameijeiras en la Habana. Su crecimiento aunque lento fue sostenido y el interés sobre los mismos fue creciendo con el paso de los años.

OBJETIVOS

Los comités hospitalarios de ética son grupos interdisciplinarios que surgen en los hospitales como respuesta a viejos y nuevos problemas morales de la salud en estas instituciones. Sus grandes temas de trabajo son entre otros la reformulación de la relación profesional – paciente, merced a una reflexión sobre el manejo de la información en cuanto a veracidad, confidencialidad y consentimientos; los problemas de las nuevas tecnologías para la reproducción, asistencia y prolongación de la vida y el derecho, costo y calidad en la atención de la salud. Pero los objetivos principales que tienen los CHE pueden

resumirse en tres: la introducción de un cambio conceptual en el modelo de salud, la articulación de un nuevo método en la toma de decisiones, éticamente problemáticas, y el desarrollo de nuevas normativas que regulan la complejidad de los temas tratados.

Un nuevo modelo en salud

Como se sabe, hasta después de la Segunda Guerra Mundial, la medicina tuvo un modelo esencialmente científico – natural. Es verdad que ya a finales del siglo XIX se había iniciado una fuerte reformulación de este orden heredado de la modernidad, a través de un primer cuestionamiento dado en “la introducción del sujeto en medicina” hecha por Freud y profundizada en los enfoques de la antropología cultural y la sociología. El paciente como “cuerpo – objeto de la ciencia natural” se cargaba de valores en los abordajes antropológicos, psicológicos y sociológicos, que progresivamente se fueron haciendo de la práctica médica y que culminaron en las décadas de los “50 y 60” con la inclusión de las ciencias sociales en los programas de enseñanza y el protagonismo de la Organización Mundial de la Salud como institución ejemplar de una visión política, económica, social, cultural y educativa de la salud. A partir de los años 70, sin embargo, asistiríamos a una profundización en el cambio de modelo: la aparición de la bioética vino a defender la consideración del paciente como “sujeto moral” y la inclusión de la filosofía en medicina junto al saber científico y técnico (4). En ese sentido los comités hospitalarios de ética resultan ser hoy los instrumentos más adecuados para llevar a cabo esa reformulación actual del modelo médico, porque son capaces de generar un espacio para la introducción de la reflexión ética, epistemológica y antropológico – filosófica en la atención de la salud, destacando los valores del paciente y la comunidad, y encontrando un camino alejado de la disputa jurídica para fortalecer el vínculo profesional – paciente e institución de salud – comunidad.

Nuevos métodos para la toma de decisiones

El modelo científico – natural en medicina, a la vez que encerraba una “teoría”, que consideraba como constituyentes del saber médico a la técnica y las ciencias naturales, excluyendo a otros saberes no experimentales, también se expresaba en una metodología anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica que atravesaba la exploración, el diagnóstico y el tratamiento. La inclusión de las ciencias humanas o sociales en medicina supuso de hecho una primera ruptura con aquella metodología tradicional en la medida que el paradigma de la neutralidad del científico comenzó a resquebrajarse al aceptar el

papel de la subjetividad del observador en el conocimiento de la realidad. Posteriormente, con las humanidades médicas primero y finalmente con la bioética, se desarrollaron metodologías, que comenzaban aceptando la pluralidad de puntos de vista en la consideración de los problemas de salud – enfermedad, y a partir de allí, sobre una tradición especialmente filosófica, aportaron alternativas para una toma de decisiones que incluyera la consideración de principios éticos universales, las máximas morales tradicionalmente compartidas por los profesionales de la salud, el papel de las virtudes en el ejercicio profesional, así como la historia y tabla de valores propia de cada sujeto. El método de la justificación moral por principios ampliamente difundido en la versión de Beauchamp y Childress (5), el método casuístico (6), los enfoques de la virtud y otros métodos diversos (7), encontraron así en el funcionamiento de los comités hospitalarios de ética uno de los mejores espacios para ser implementados.

El desarrollo de nuevas normativas

El modelo tradicional presuponía, finalmente, una moral monológica. Desde el Juramento Hipocrático hasta el siglo XX, la ética médica no dejó de responder a una concepción “beneficencista” en el sentido de creer que era la medicina la que mejor podía responder a cuáles eran los mejores intereses del paciente (8), esto también supuso la existencia de un código normativo único para la profesión. Aunque ya en la primera mitad del siglo se pueden observar señales de cuestionamiento a este enfoque, va a ser después de la Segunda Guerra Mundial y a partir de Nüremberg cuando la preocupación por el resto de las personas se convierte en tema central para la medicina. La tradición liberal de la autonomía política y jurídica del ciudadano se entrecruzó entonces con la visión filosófica de la autonomía moral del individuo. La ética médica se reformuló con la aparición de nuevas normativas que contemplarían no sólo la perspectiva médica sino también la de los pacientes y las preocupaciones de los gobiernos (9). Los comités de ética fueron la respuesta adecuada para la instrumentación de este nuevo modelo de moral pluralista, primero en el campo de la investigación y posteriormente en el terreno asistencial, donde los comités hospitalarios de ética aparecieron como organismos capaces de hacer efectivas aquellas nuevas normas así como de crear nuevas regulaciones cuando éstas hicieran falta.

ESTRUCTURA

Composición y cualidades de los miembros

Los comités de ética, aunque surgidos en una institución “médica”, se integraron con representantes de ésta y otras profesiones y sectores. En primer lugar otros trabajadores de la salud junto al médico: enfermeras, asistentes sociales, psicólogos y administradores hospitalarios para las diversas cuestiones ligadas a la atención. En segundo término, abogados, religiosos filósofos, antropólogos, sociólogos, etc. En general, con excepción de los abogados, éstos deben buscarse fuera del hospital mismo. Por último, y especialmente, representantes del paciente y de la comunidad. En este último caso debe entenderse que se trata esencialmente de representantes de la comunidad afectada por el problema en abordaje. Así, por ejemplo, la de los afectados por SIDA o los testigos de Jehová cuando estamos abordando estas problemáticas. La figura del representante de la comunidad en general, aunque frecuente en otros países, no lo es tanto en los nuestros. En cuanto al número de miembros de éste varía de seis a veinte aunque suele oscilar entre ocho o doce, pero es importante considerar que algunos miembros pueden tener carácter estable y otros ser convocados específicamente cuando así se requiera (10).

No menos importante que lo anterior es el atender a las cualidades de quienes van a componer el comité. No se trata de establecer un comité de “notables” que aunque puedan ofrecer una vasta y sólida experiencia muchas veces no dispondrán del tiempo necesario para ocuparse de cuestiones que tienen un gran dinamismo. Estos profesionales pueden ser útiles como consultores o coordinadores de equipos pero se requiere a la vez una presencia importante de representantes de estratos generacionales intermedios. En todos los casos, sin embargo, es importante asegurar la idoneidad científica, técnica y personal, así como la representatividad de los miembros sobre las diversas áreas institucionales de las cuales provengan. Ser miembro de un comité de ética requiere, en primer lugar, tener interés, pero además es imprescindible un mínimo de reflexividad, sociabilidad y reconocida conducta ante sus pares.

Dependencia administrativa

Los comités pueden depender del Consejo de Gobierno en las instituciones públicas o privadas que lo tengan, lo cual les aproxima a la gestión política pero les aleja de los

problemas clínicos. Pueden depender del cuerpo médico y esto, si bien le acerca a los problemas de la atención, pone en riesgo su objetivo principal: la defensa de los intereses del paciente. Pueden depender por último del director del hospital o del departamento de investigación y docencia. Quizás ésta sea la alternativa más equilibrada. En cualquier caso, su inserción nunca se hace en la “cadena de mandos” sino lateralmente como órgano asesor (11).

FUNCIONES

Ya es habitual señalar, de acuerdo con sus objetivos, tres grandes funciones para los comités de ética: educativa, consultiva y normativa. Esto es la educación del hospital y de su comunidad en los grandes temas de la bioética, el análisis y discusión de casos clínicos para esclarecer problemas éticos de los mismos, y la elaboración de normas éticas, así como la implementación de las ya existentes para una jerarquización del hospital como institución.

Función educativa

En primer término, el grupo que integrará el comité debe transitar por una etapa de autoformación. El coordinador y otros miembros deberán leer libros y artículos básicos, revisar casos clínicos ya cerrados, etc., para poder entrenarse en su función. Luego, y acaso paralelamente, se inicia una tarea educativa en el hospital: conferencias, jornadas, cursos, audiovisuales y otras actividades. Por último, el CHE se proyecta hacia la comunidad: pacientes, familiares, centros comunitarios, para discutir los grandes temas de la bioética.

Función consultiva

El comité comienza con una revisión retrospectiva de casos ya cerrados para poder adquirir habilidad en la identificación de problemas, cursos de acción y justificación ética de las alternativas. Luego decide qué casos recibirá en consulta: si los de un servicio determinado (Ej.: terapia intensiva) o de todos los servicios; si de un tema determinado (Ej.: veracidad, prolongación de la vida) o de cualquier tema. También debe establecer quién puede consultar (médicos, enfermeras, pacientes, familiares) a quién se le informará de los resultados; quién podrá participar de las reuniones; etcétera. Y, sobre todo, el comité debe establecer en los distintos casos si sus conclusiones serán en forma de

exposición de ventajas y desventajas en las alternativas, sugerencias de acción o recomendaciones (12).

Función normativa

El comité debe hacer respetar en el hospital, en primer lugar, las normas éticas de reconocimiento internacional que en el campo de la salud se han establecido después de la Segunda Guerra Mundial: Declaraciones de la Asociación Médica Mundial y otros documentos de gran relevancia. Luego puede dedicarse a la elaboración de normas éticas de procedimiento. Para ello el comité define el tema que será sujeto a normas, recopila informaciones ya existentes, consulta a personal del hospital sobre la factibilidad de las normas, evalúa el lenguaje de las mismas, para hacerlo ampliamente comprensible, y revisa legalmente el texto de aprobarlo.

Es importante considerar que los comités han de darse el tiempo necesario para estar en condiciones de desarrollar sus funciones. Para ello es que ofrecemos el presente cuadro en el cual consideramos una doble manera de atender a esa exigencia. En primer lugar atendiendo a desarrollar inicialmente la función educativa del comité, luego la consultiva y en último término la normativa. Creemos que ésta es la mejor secuencia para un crecimiento serio de cualquier comité hospitalario. En segundo término, cumpliendo esas funciones en diversas etapas. Para la función educativa es imprescindible comenzar con una buena formación del propio comité, continuando luego con el hospital y finalmente con la comunidad. Para la función consultiva es un paso prudente entrenarse al comienzo con una revisión de casos cerrados, y continuar luego con la revisión de casos propios del hospital antes de aceptar, si es que alguna vez lo hace, la consulta de casos externos a la institución. Finalmente, para la función normativa, es el mejor comienzo la recopilación y difusión de normas ya existentes, para luego elaborar regulaciones de problemáticas específicas en algún sector del hospital, como puede ser el manejo de un tipo de pacientes, antes de dedicarse a la creación de normas más amplias que van a involucrar a todos los sectores del hospital y que han de requerir una mayor inserción institucional del comité en el mismo. Si bien es difícil estimar tiempos para cada uno de estos momentos, quizás sea imprescindible dar un mínimo de un año al desarrollo de cada una de las etapas considerando que se pueden poner en desarrollo las tres funciones a la vez. Esto nos daría un tiempo mínimo de tres años para lograr que un comité hospitalario de ética estuviera en condiciones de ejercer en plenitud sus funciones. Es verdad que los tiempos han de ser variables para cada comité de acuerdo con la intensidad del trabajo, la calidad de los miembros, el apoyo institucional, etc.,

pero, en cualquier caso, estos tres años no parece que puedan eludirse aún en la mejor de las situaciones.

METODOLOGÍA

Coordinación

El comité debe fijar en el estatuto del mismo, la periodicidad y extensión de las reuniones, así como las vías de convocatoria a reuniones extraordinarias y atención de consultas urgentes. Es necesario, además, llevar un registro y archivo de las actividades. Por otra parte, la coordinación de las reuniones es un factor esencial para el buen desenvolvimiento de las mismas y por ello no se insistirá en la importancia que tiene la capacitación y apoyo institucional a la figura del coordinador del comité. Éste debe ser el líder democrático del grupo y como tal estar atento a promover la participación de los diversos actores en los temas que se pretende considerar, garantizando una dinámica adecuada de las reuniones para alcanzar los objetivos propuestos. En este sentido, y para poder abordar la amplia diversidad de temas de la bioética, cuando el comité ha logrado consolidar un grupo de expertos es posible con ellos emprender la iniciativa de creación de subcomités que se ocuparán de áreas específicas como puede ser la unidad de cuidados intensivos, o el sector de neonatología, etc. Finalmente, el trabajo coordinado en red junto a otros comités es la vía más segura para una tarea prudencial, continua y dinámica, que asegure la posibilidad de un crecimiento armónico para el comité (13).

Cuadro de Funciones de un Comité Hospitalario de Ética

	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
F. Educativa	Autoformación	Educ. de Hospital	Educ. de la Comunidad
F. Consultiva	Casos retrospectivos	Casos internos abiertos	Casos externos abiertos
F. Normativa	Difunde normas dadas	Crea normas específicas	Crea normas genéricas

El análisis de casos

Diversos métodos han sido presentados para responder a la consulta de casos éticamente problemáticos en el hospital. Así pueden mencionarse el método de la justificación moral por principios o método principalista, el método casuístico, las metodologías clínicas, los enfoques basados en el agente moral y sus virtudes, los métodos biográfico

– narrativos y algunos otros. Todos ellos han supuesto un notable avance en orden a disponer de instrumentos capaces de trabajar, en minucioso detalle, los pormenores de los problemas abordados. Sin embargo, y pese a esta diversidad metodológica, no hemos visto que en nuestros países y ni siquiera en otras regiones, se cultive exclusivamente alguno de ellos. Más bien parece tratarse, al menos hasta el momento, de distintas aproximaciones al problema con dificultad de poder compatibilizarlas a todas ellas.

El más difundido de estos métodos ha sido el principalista que, como ya adelantáramos, fue sistematizado por Beauchamp y Childress en sus “Principles of Biomedical Ethics” (1979) (14). A tal punto ha sido el impacto del mismo en la comunidad bioética que suele llamársele la “Mantra de Georgetown”. Consiste, de manera esquemática, en una justificación por niveles jerárquicos. En un primer nivel se encuentran los juicios particulares y las acciones que pueden entrar en conflicto en una situación determinada. Cuando esto sucede, muchas veces es posible resolver las diferencias aduciendo a reglas y virtudes pre – existentes, aceptadas dentro de la comunidad moral en la que vivimos. Si esto no es así, la discusión se traslada a un tercer nivel llamado de los principios éticos, entre los cuales destacan cuatro: el de no maleficencia, el de beneficencia, el de autonomía y el de justicia. Los principios son más generales y fundamentales que las reglas. Todos tienen un mismo nivel a primera vista aunque deba establecerse en cada caso particular cuál de ellos pesa más. Finalmente, si el caso no puede resolverse acudiendo a la evaluación de principios, se asciende a un cuarto nivel de las teorías éticas o cuerpos integrados de reglas y principios éticos entre las cuales destacan las teorías deontológicas y utilitaristas. La tarea de los comités de ética consiste en lograr las diferencias entre niveles construyendo una posición consensuada entre las partes.

No menos importante ha sido el aporte metodológico de la casuística. La diferencia con el método principalista es que en lugar de sostener la existencia de principios éticos universales a manera de axomas sobre los cuales ha de descansar un ejercicio educativo, el casuismo cree que las situaciones concretas generan juicios prácticos que darán lugar a “máximas” de carácter probabilístico. Más cercano a la tradicional práctica médica, poco inclinada a dejarse guiar por principios absolutos, el casuismo inspiró un texto de amplia repercusión escrito por Jonsen, Siegler y Winslade titulado “Clinical Ethics” (15), y que de algún modo representa la diferencia del Centro de Ética Clínica de Chicago frente al Kennedy Institute de Washington. En cualquier caso, para los comités este ha sido otro valioso recurso en el abordaje de casos.

Interesa señalar que en nuestro caso hemos aplicado, en diversas oportunidades, los

métodos mencionados aunque nos hemos inclinado sobre todo en la ética clínica a la profundización de una metodología que tenga como base una conceptualización de la práctica médica para construir desde allí una alternativa metodológica. En este sentido, identificamos a la relación profesional – paciente como el ámbito central de análisis y al instrumento que la explicita, la historia clínica como el material esencial de trabajo. Sobre el supuesto teórico del acto médico, con sus momentos de la exploración, diagnóstico y tratamiento, atendemos a la dinámica que se da en cada caso entre los conceptos de persona y cuerpo humano, de verdad y signos médicos de salud – enfermedad y de acción terapéutica y corrección de las prescripciones indicadas. Podemos distinguir así entre una ética mínima, a ser aplicada por todo profesional, y registrada como tal en la historia clínica, por ejemplo, al expresar las reglas básicas del manejo de la información profesional – paciente como son las de confidencialidad en la exploración, veracidad en el diagnóstico y consentimiento informado en el tratamiento; una ética de conflictos que debe acudir sobre esa misma estructura general a la inclusión de supuestos más generales. En cualquier caso hay una doble direccionalidad en nuestro tratamiento. En primer lugar, en el sentido secuencial con que se da todo acto médico, desde la demanda hasta el alta con cada uno de sus momentos, y, en segundo término, en cada momento puntual “ascendiendo” hacia cuanta generalidad resulte necesaria para la resolución del conflicto.

NUESTRA EXPERIENCIA Y SUS PROBLEMAS

Después de trabajar durante seis años en el proyecto de desarrollo de los comités hospitalarios de ética en nuestros países, hoy podemos observar los resultados de ese intento con sus logros, problemas y fracasos. En primer lugar, cabe señalar lo que pudo avanzarse. Si medimos los resultados por el número de comités existentes ahora y en 1989 es claro, como hemos dicho al principio, que hemos logrado avanzar no sólo en Argentina sino también en otros países. El reciente surgimiento de un grupo multidisciplinario de alta calidad en el Hospital Hermanos Ameijeiras de Cuba puede ser el mejor ejemplo de que se continúa creciendo bien en este desempeño. Pero también puede prestarse atención al nivel de las discusiones en las reuniones educativas, que hemos mantenido a lo largo de estos años, y sin duda alguna que ha habido un favorable cambio sustancial en el estado de los conocimientos sobre estos temas, así como en el interés sobre los mismos, que permite entrever el paso de una etapa “voluntarista” hacia otra más “disciplinar”.

Los comités en sí mismos han mostrado importantes avances. La función que más han desarrollado ha sido la educativa. Aunque es difícil medir los resultados en este campo, si tenemos en cuenta al menos el número de conferencias y cursos organizados, así como el número de participantes profesionales y del público en general que han asistido, se ha visto una creciente actividad. Igualmente auspiciosa ha sido la capacitación en estos años de los miembros de los comités a través de su participación en diversas convocatorias realizadas.

El desarrollo de la función consultiva por su lado, especialmente atractiva para los comités, se ha orientado más hacia el esclarecimiento de situaciones éticamente problemáticas que hacia el establecimiento de recomendaciones dirigidas. Los comités han ayudado a sus instituciones a enfrentar diversas cuestiones entre las cuales han sido frecuentes el acordaje del consentimiento informado, los problemas de pacientes Testigos de Jehová, el SIDA, la terminalidad del cáncer, el embarazo, la toxicidad medicamentosa y la asignación de recursos entre otros. No se han establecido, sin embargo, guías estrictas para el cumplimiento de la función consultiva. Por otra parte, la función normativa ha sido al menos desarrollada hasta la fecha aunque la preocupación mayor acerca de la misma ha estado centrada en general en los problemas de la investigación clínica.

Los problemas para el crecimiento de los comités han sido muchos. Además, existe una resistencia a la plena instauración de los mismos por varias razones. Hay hospitales que han rechazado la creación de lo que han supuesto es un espacio de discusión del ejercicio del poder institucional. Por otro lado, se han podido detectar preocupaciones de los profesionales ante iniciativas orientadas a la creación de los comités en diversos hospitales de un sistema de salud, acaso temiendo a que estos organismos se conviertan en una especie de control burocrático. En otros casos los médicos han intentado predominar sobre los otros miembros y “cerrar” el comité para no exponer problemas considerados “internos”. Algunos comités se han visto expuestos, también, a la ilusión de poder cambiar más de lo que concretamente está en sus manos poder hacer.

Una diferencia notable se ha visto entre los diversos comités según el equilibrio en la composición de los mismos. Cuando ha predominado la presencia de profesionales de la salud los comités toman un sesgo más orientado hacia la toma de decisiones que hacia la reflexión misma. Esto cambia, sin embargo, cuando científicos sociales y eticistas equilibran con sus puntos de vista y aportes conceptuales las diversas funciones de los comités. En este sentido, así como la figura del abogado ha sido esencial para esclarecer los problemas en su perspectiva legal, los psicólogos y psiquiatras esclarecen muchos aspectos de la problemática subjetiva de los pacientes, los filósofos ayudan a tener

un manejo riguroso del lenguaje normativo y la justificación moral de las decisiones. Otros problemas no menos importantes de estos comités han sido la precipitación para la resolución de casos cuando el grupo aún no estaba capacitado, la falta de claridad en los objetivos y la debilidad del vínculo con la dirección o con la institución en su conjunto.

ALGUNAS RECOMENDACIONES

Constitución

Suelen observarse dos formas habituales para crear un comité de ética. La primera corresponde al interés de algún miembro de la institución que se capacita en el tema, se reúne con otros interesados y forma un grupo de estudio y discusión con miras a formar en el futuro un comité. Este grupo se constituye formalmente en comité cuando las autoridades de la institución designan un coordinador o director para crear el comité de ética. Éste convoca a los restantes miembros, que en reunión general designarán los cargos correspondientes para ser refrendados por la dirección de la institución. A veces, la decisión del director de crear el comité viene impulsada por la promulgación de una legislación que establece la obligatoriedad de los mismos. En general, cabe decir que estas iniciativas si bien podrán favorecer el desarrollo de comités, en la realidad pocas veces lo hacen, porque suelen ser decisiones políticas aisladas que se convierten en gestos burocráticos y no garantizan el apoyo institucional continuo a estos grupos. Por ello, en ambos casos, es esencial que el coordinador, y posteriormente los demás miembros, tengan una adecuada capacitación continua a través de actividades específicas. Esta es la que garantiza la calidad del comité.

Cualidades

La prudencia acaso sea la virtud principal de estos comités. Es así que podrían limitar sus objetivos a sus auténticas posibilidades de trabajo; buscarán equilibrio en la composición de los miembros; sabrán decidir cuándo convocar a uno u otro tipo de participantes; qué tipo de respuesta dar en cada situación y manejarse, en general, con la enorme cantidad de elementos que forman parte de un problema ético para poder darle a cada uno la importancia que corresponde. La disposición a “abrirse” creemos que es también una cualidad necesaria de los CHE, el trabajo en redes de comités puede asegurar la transparencia y amplitud de un diálogo que pretende superar los comportamientos cerrados de una moral públicamente cuestionada. En cualquier caso, los comités habrán

de mantener la necesaria individualidad en su desarrollo, generando diversos modos de acercarse a la complejidad de los problemas éticos en salud.

Criterios de acreditación

El número de comités de ética en nuestro país y en la Región es pequeño y escaso. La mayoría de los que está funcionando llevan de 2 a 4 años pero han acumulado una importante experiencia. Para lograr un extenso desarrollo de los comités, garantizando la seriedad y calidad de éstos, es necesario desarrollar posteriormente criterios de jerarquización y acreditación de los mismos. Para ello habrá que tener en cuenta el tiempo de funcionamiento, la capacitación de sus miembros, la cuantificación de sus actividades educativas, consultivas y normativas, además de otros criterios que deben ser elaborados posteriormente cuando un número mayor de éstos se encuentre funcionando. También han de serlo las relaciones con grupos académicos que puedan ayudar a un debate abierto y plural de estos temas. Estos criterios podrán permitir avalar la calidad de los diversos comités y su contribución a mejorar la calidad en la atención de la salud de sus instituciones.

Excelencia de los comités y cambio social

La mejor propuesta para poder asegurar un desarrollo institucional serio de los comités de ética en la Región, de acuerdo con nuestra experiencia, consiste en el desarrollo de un programa educativo que capacite a sus futuros miembros, así como al personal en general de las instituciones en los que se instauren. Fue con este motivo que la Fundación Mainetti viene impulsando desde 1989 su programa de investigación y desarrollo sobre comités de ética con los resultados antes mencionados, coordinado las actividades de la red regional de comités de ética, única en su género en América Latina. Si desde los organismos del Estado se logra apoyar en nuestros países a proyectos que garanticen la necesaria experiencia, rigor académico y prudencia institucional en el tema, podremos estar seguros de que el desarrollo de los comités de ética será una herramienta eficaz para lograr un importante cambio social en los sistemas de salud.

REFERENCIAS

- 1) *In the Matter of Karen Quinlan*. 2 vols. University Publications of America, 1976.
- 2) Teel, L. *The physician's dilemma, doctor's view: what the law should be*. *Baylor Lay Review* 27 (1); 6 – 9. 1975.
- 3) Tealdi, J.C. y Mainetti, J.A. *Los comités hospitalarios de ética*. *Bol Of Sanit Panam* 108 (5 – 6); 431 – 438, 1990.
- 4) Tealdi, J.C. *Teaching Bioethics as a New Paradigm for Health Professionals*. *Bioethics* (2 – 3): 188 – 199. 1993.
- 5) Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, 1989, 3ª ed.
- 6) Jonsen, A.R. y Toulmin, S.E. *The Abuse of Casuistry*. Los Angeles, University of California Press, 1988.
- 7) Gracia, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid, editorial Eudema, 1991.
- 8) Beauchamp, T.L. y McCullough, L.B. *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*, Barcelona, Editorial Babor, 1987.
- 9) Tealdi, J.C. *Documentación de Deontología Médica*. En: Mainetti, J.A., *Ética Médica, Introducción Histórica*. La Plata, Editorial Quirón, 1989.
- 10) Cranford, R.E.; Doudera, A.E. *Institutional Ethics Committeess and Health Care Decision Making*. Ann Arbor – Michigan. Health Administration Press, 1984.
- 11) Fost, N.; Cranford, R.E. *Hospital Ethics Committeess, Administrative Aspects*, *Journal of the American Medical Association*, 253 (18): 2687 – 2692, 1985.
- 12) Fletcher, J.C.; Quist, N; Jonsen, A.R. *Ethics Consultation in Health Care*, Ann Arbor – Michigan, Health Administration Press, 1989.
- 13) Wilson Ross, J. *Handbook for Hospital Ethics Committeess*. American Hospital Publishing, 1986.
- 14) Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. *op, cit*.
- 15) Jonsen, A.R., Siegler, M., y Winslade, W.J. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisitions in Clinical Medicine*, Nueva York, MacMillan Publishing Co., 1986, 2ª ed.

LECTURAS RECOMENDADAS

Bejarano P. y Jaramillo I. (Eds.) (1992). *Morir con Dignidad. Fundamentos de Cuidado Paliativo: Atención interdisciplinaria del paciente terminal*. Santa Fe de Bogotá: Fun-

dación Omega y Amazonas Editores.

Casell E. (1982). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. *New England Journal of Medicine*, Vol. 306: 639 – 645.

Cuyas M. (1987). *El Encarnizamiento Terapéutico y la Eutanasia*. *Dolentium Homini – La Iglesia en el Mundo – Nº 6*: 30 – 41.

Fallowfield L. (1990) *The Quality of Dying*. En: Fallowfield L. (Ed.): *The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care*, Londres: Souvernier Press, pp. 186 – 202.

Saunders C. (1984) *The Management of Terminal Malignant Disease*, Londres: Edward Arnold.

Saunders Cand Baines M. (1989). *Living with Dying*. Oxford: Oxford University Press.

Schipper H. (1990). *Quality of Life: Meaning and Measurement*. En: *Advances in Pain Research and Therapy*. Vol. 16. New York: Raven Press, pp. 89 – 97.

Villamizar E. (1992). *Los Derechos del Paciente terminalmente Enfermo*. En: Roldán I. (Ed.). *Los Derechos del Enfermo*, Santa Fe de Bogotá: Selare.

Wanzer S. Adestein S., Crandrod R., et. al. (1984). *The Physician's Responsibility toward Hopelessly Ill Patients*. *New England Journal of Medicine*, Vol. 310: 955 – 959.
World Health Organization (1990). *Cancer Pain relief and Palliative Care*. Génova: World Health Organization.