

Bioética médica o sanitaria

Académico Dr. Fernando Sánchez Torres¹

En el campo de las ciencias médicas, la Bioética trajo consigo una serie de conceptos y principios de indudable trascendencia, tanta que se estableció una ruptura con muchas de las normas y costumbres que hasta entonces habían prevalecido. Para poder juzgar y entender la magnitud y alcances de esa revolución es necesario conocer dónde y cuándo se originó, como también precisar los efectos producidos en el ejercicio de las disciplinas sanitarias.

En 1991, el profesor David Rothman, de la Universidad de Columbia, describió a la Bioética como “un movimiento”, para significar que se trató de un remezón impartido a un cuerpo inerte¹. Sin duda, ese remezón impartido lo recibió la ética médica tradicional o hipocrática, que se había mantenido estancada durante veinticinco siglos. En su libro “Strangers at the bedside”, Rothman relata un hecho insólito, que a su juicio inició el movimiento que vendría a conmocionar a la ética hipocrática: en la década de los años 60, en la ciudad de Seattle (Estado de Washington), fue dado al servicio público un programa de hemodiálisis para pacientes con insuficiencia renal crónica, gracias al invento de la cánula y el “shunt” arteriovenoso, introducidos por Belding Scribner en 1961. Ante la inusitada demanda del servicio –que superaba en mucho la posibilidad de complacerla–, y la inmensa responsabilidad que para los médicos significaba asignar prioridades, se encontró pertinente pedir la colaboración de un pequeño y anónimo grupo de personas no médicas, para que fueran ellas quienes revisaran las historias clínicas de los pacientes inscritos y señalaran cuáles serían los llamados a recibir los beneficios de esa nueva tecnología salvadora. Con esta intromisión pedida, los mismos médicos delegaban en particulares una decisión que

hasta entonces había sido exclusivo patrimonio suyo y se abrían las compuertas para dar paso a la modalidad de ejercicio gerenciado, programado y fiscalizado por extraños. Tal hecho trascendió a la prensa y el magazine “Life” del New York Times lo recogió en su edición del 9 de noviembre de 1962 con el título de “Ellos deciden quiénes viven y quiénes mueren”².

En concepto de Albert Jonsen, profesor de Historia de la Medicina y de Ética en la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, tal evento puede considerarse como un mojón importante en los orígenes de la Bioética Médica. Aún más, para él, ese fue el día de su nacimiento³.

Si nos atenemos a lo afirmado por Rothman y por Jonsen, la Bioética Médica propiamente dicha nació casi una década antes de que Potter pusiera en circulación el término “Bioética” con su libro “Bioethics, bridge to the future”, que, como bien se sabe, apareció en 1971.

Además del anterior, hay otros dos hechos que Jonsen también considera hitos históricos en el origen y desarrollo de la Bioética Médica. El primero de ellos es el trasplante cardiaco llevado a cabo por Christian Barnard en 1967, que dio inicio al estudio de las implicaciones filosóficas, éticas, religiosas y científicas de los trasplantes en seres humanos⁴. El segundo es el artículo “Ética e investigación clínica” aparecido en el *New England Journal of Medicine* (31 de marzo de 1976), escrito por Henry Beecher, profesor de Anestesia en la Escuela de Medicina de Harvard, donde denunció la falta de ética de 22 estudios de investigación médica aparecidos en importantes revistas, poniendo con ello de presente la necesidad de establecer instancias que vigilaran a los investigadores biomédicos.

¹ Médico. Presidente del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos.

² Rothman D. *Strangers at the bedside: A history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York, Basic, 1991.

³ Jonsen A.R. “The birth of Bioethics”, *Special Supplement, Hastings Center Report* 23. N° 6. S1, 1993.

⁴ *Ibid.*, p. 53.

⁵ Bernard, C.N. “Report of a heart transplant”, *S. Afr. Med. J.*, 41: 1257-1967.

Conviene, también, tomar nota acerca de otros acontecimientos que sirvieron para ambientar mejor el remezón que se avecinaba. Promediando el siglo veinte, el escritor y humanista francés Georges Duhamel llamó la atención sobre la pretensión de los tribunales de justicia de intervenir en los asuntos del enfermo y del médico, y se preguntaba por qué el cuerpo médico no asumía una actitud de protesta⁵. Es probable que Duhamel ignorara que desde 1905 en los Estados Unidos de Norteamérica –con el sonado caso Pratt versus Davis⁶– venía abriéndose paso la figura del “consentimiento informado”, que encontró perfecto acomodo en la nueva ética médica, gracias al consagrado principio de autonomía, y dio inicio a la judicialización del ejercicio profesional. Adicionalmente, en 1954 el teólogo Joseph Fletcher había analizado en su libro “Morals and Medicine” algunos conflictos de carácter ético, como el aborto y la eutanasia, asignándole al paciente derechos negados hasta entonces⁷.

Como hechos prácticos, que incidieron también en el desarrollo de la Bioética Médica, debo adicionar los siguientes: el descubrimiento y empleo de la píldora anticonceptiva en los inicios de los sesenta⁸; lo sucedido a la joven Karen Ann Quinlan en 1975, cuyo caso llegó a decisión de la Suprema Corte de New Jersey, para que fallara sobre el manejo ético-médico de los pacientes en “estado vegetativo” y, en general, en los estados terminales; finalmente, el nacimiento de Louise Brown en 1978, producto de la fertilización extracorpórea⁹, y que fue interpretado por los sectores religiosos como una intromisión abusiva de los científicos en el proceso de la reproducción humana. Explicable que se ahondara la preocupación de los teólogos católicos, a tal punto que se originara en Ciudad del Vaticano un documento contentivo de los puntos de vista de la Congregación para la Defensa de la Doctrina de la Fe sobre la intervención o manipulación de la vida del ser humano en sus fases iniciales. En dicho documento se advierte que “ningún biólogo o médico puede pretender razonablemente decidir el origen y destino de los hombres, en nombre de su competencia científica”¹⁰. Sin duda, esta adronición se compaginaba con el propósito de fondo de la Bioética: hermanar las ciencias y las humanidades.

Es innegable que, en virtud de la interdisciplinariedad que desde un principio caracterizó a la Bioética, la Iglesia católica asumió un papel preponderante en el desarrollo y orientación de la nueva disciplina moral, tal como había ocurrido con la ética médica hipocrática. Por eso, Christian Byk, asesor legal del ministro de Justicia de Francia, pudo afirmar que los pioneros de la Bioética formaban un pequeño grupo de “teólogos moralistas que durante los debates del Concilio Vaticano II, antes y después, desearon implantar una ética de la acción que tomara en cuenta los problemas que percibían en sus lugares de trabajo, es decir, en los hospitales y alrededor de la actividad médica que desarrollaban. Con o sin razón, diremos que, provocando una ruptura epistemológica, comprueban que la moral tal como les había sido enseñada era insuficiente para dar respuesta a los acontecimientos nuevos”¹¹. En una frase corta el filósofo Stephen Toulmin lo resumió: “La medicina salvó la vida de la ética”¹².

No obstante que al médico oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter se le asigna la paternidad de la Bioética, su influencia sobre el remezón ético en el campo sanitario fue, en verdad, muy secundario. Pienso que tuvo mucho que ver, si, en la interdisciplinariedad de la nueva ética médica, pues en su libro ya mencionado expresa que “debemos desarrollar la ciencia de la supervivencia, y debe arrancar con una nueva clase de ética: la bioética. Esa nueva ética puede ser llamada ética interdisciplinaria, es decir, que incluya tanto las ciencias como las humanidades”¹³. Potter, en su segundo libro, “Global Bioethics”¹⁴, afirma que la Bioética es una suma de esfuerzos. Más tarde, refiriéndose en particular a la Ética Médica dice que ésta, a diferencia de la Bioética, no está encargada de construir puentes para llegar a una Bioética Global “que considere el bienestar humano en el contexto del respeto por la naturaleza”¹⁵. Para él la Ética Médica es una especialidad involucrada, claro está, en el porvenir de la humanidad pero sin la responsabilidad y trascendencia que tiene la Bioética. Estoy seguro de que Potter nunca imaginó –pero si lo vivió– que su Bioética fuera a medicalizarse en la forma como lo hizo, a tal punto que relegó a un segundo plano a la Bioética Ecológica. Por su condición de médico advirtió –como era lógico– el

⁵ Duhamel G. La defensa de la persona humana. Ediciones Stadium de Cultura, Buenos Aires, pp. 14-15, 1949.

⁶ Katyz J. El médico y el paciente: su mundo silencioso. Fondo de Cultura Económica, México p. 119, 1989.

⁷ Op. cit., Beacon Press, Boston, 1954.

⁸ Rock J. Control de natalidad. Editorial Seix Barral, S.A., Barcelona, p. 163, 1964.

⁹ Edwards R.F. y Steptoe P. “Birth after implantation of a human embryo. p. 163, 1964.

¹⁰ Instrucciones sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Tipografía Poliglota Vaticana, p. 9, 1987.

¹¹ “Realidad y sentido de la bioética en el plano mundial”. Boletín del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe, N° 13, p. 4, junio 1997.

¹² “The birth of Bioethics”. Special Supplement, Hasting Center Report, 23, N 6, S 4, 1993.

¹³ Potter, V.R. Bioethics, bridge to the future. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, p. 4, 1971.

¹⁴ Op. cit. Michigan State University Press, Michigan, 1988.

¹⁵ Potter, V.R. “Bioética Puente, Bioética Global y Bioética Profunda” Cuadernos del Programa Regional de Bioética, N° 7, p. 21, 1998.

papel tan importante que le correspondía desempeñar a la Medicina en ese anhelo y compromiso suyos de velar por la supervivencia de la humanidad. "Ha llegado –dijo– el momento de reconocer que no podemos ocuparnos de las opciones médicas sin considerar la ciencia ecológica y los vastos problemas de la sociedad sobre una escala global". Y más adelante: "Un ejemplo de un tema de bioética global son las opciones médicas relacionadas con la fertilidad humana frente a las necesidades ecológicas para limitar el crecimiento exponencial de la población humana"¹⁶. Conociendo de cerca el pensamiento de Potter, lo más sustancioso de su Bioética es lo ecológico, no lo médico. Siendo así, ¿quiénes y cuándo le insuflaron vida y personalidad a la Bioética Médica o Sanitaria?

En 1976 el filósofo norteamericano Tom L. Beauchamp, miembro de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos designada por el Congreso de los Estados Unidos, propuso la adopción de principios filosóficos en ese campo. Esa propuesta quedó consignada en el llamado "Informe Belmont"¹⁷ y tuvo una enorme injerencia en el desarrollo de la Bioética, como él mismo lo reconoció años después¹⁸.

Los principios incluidos en el Informe Belmont –respeto a la persona, beneficencia y justicia– vinieron a constituirse en los arbotantes sobre los que reposa la estructura filosófica y moral de la Bioética Médica, y de alguna manera también la Bioética Ecológica. Compañero de Beauchamp en la mencionada Comisión fue el teólogo católico James Childress, también norteamericano, por supuesto. Dado que esos principios son de cuño pragmático, utilitarista, hace pensar que los inspiradores de Beauchamp y Childress fueron el inglés G.E. Moore con su trascendente obra "Principia Ethica", el escocés William David Ross con "The good and the right", y los norteamericanos William Frankena con su Ethics y John Rawls con su "Teoría de la Justicia". Recuérdese que Ross fue quien estableció la teoría de los deberes prima facie, dentro de los cuales incluyó el de beneficencia, el de no maleficencia y el de justicia. Su propuesta amplió el espectro de los principios éticos o morales y dio curso a la tesis de que la moral no podía girar alrededor de un principio universal, sino que debía ajustarse a las circunstancias (ética circunstancionalista), siendo responsabilidad del individuo, haciendo uso de su autonomía, decidirse por aquel que a su juicio tuviera en un momento dado mayor validez.

Como producto del Informe Belmont, y aprovechando la rica experiencia de haber participado en sus dis-

usiones, Beauchamp y Childress se unieron para escribir un libro, que vendría a convertirse en la Biblia de la nueva ética médica, o "Ética Biomédica", como la llaman ellos. En efecto, en el prefacio de "Principles of Biomedical Ethics" se lee: "Entendemos como << ética biomédica >> un tipo de ética aplicada, es decir, la aplicación de teorías éticas generales, principios y reglas a problemas de la práctica terapéutica, a la distribución de los cuidados sanitarios y a la investigación médica y biológica"¹⁹.

Cumplido el recorrido anterior, podemos aceptar con el filósofo Daniel Callahan que la Bioética es una planta nativa de los Estados Unidos de Norteamérica²⁰, y por añadidura –digo yo–, la nueva ética sanitaria también lo es. Es fácil entender que el radio de acción de la Bioética Médica es mucho más amplio que el de la ética tradicional. En efecto, ésta, en procura de favorecer al enfermo, comprometía únicamente al cultor de la disciplina, es decir, al médico. Se movía en un círculo cerrado, impermeable a otras actividades. La Bioética, al involucrar a la humanidad, rompió ese cerco para darle cabida a disciplinas distintas a las que tienen que ver con la biología, como son la filosofía, las leyes y la política. La ética médica era una ética profesional –alguien la llamó "ética de cercanías"–, en tanto que la bioética es una ética general, una moral de mayor alcance y amplitud, como que se entiende con el universo y se preocupa por las futuras generaciones. La ética médica tradicional, de unipersonal (el enfermo), se trocó en comunitaria, en social, comprometiendo a otros actores, como el Estado y a todos aquellos vinculados a las actividades de salud, o sanitarias.

Si comparamos, con criterio práctico, la ética médica tradicional, es decir la heredada de la escuela hipocrática, con la neoeética médica belmontina (si se me permite el neologismo, por aquello del "Informe Belmont") podemos establecer que con la adopción de ésta, el médico perdió el status privilegiado que mantuvo durante tantos siglos. En efecto, el semidiós de otros tiempos se convirtió en un sujeto de carne y huesos, obligado a rendir cuentas de sus actos profesionales, no solo ante el paciente, sino en especial ante los tribunales creados por la sociedad. La falta de responsabilidad jurídica que caracterizó a la ética hipocrática quedó subsanada con la neoeética pragmática. Por su parte, el paciente resultó favorecido al dejar de ser un sujeto pasivo durante la relación con el profesional de salud, pudiendo así reclamar su condición de ser autónomo y deliberante. Ahora esa relación no está sustentada en un contrato tácito, de supuesta buena fe

¹⁶ Potter V.R. Global Bioethics...

¹⁷ The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. April 18, 1979.

¹⁸ Beauchamp, T.L. "The principles approach", en Special Supplement. Hasting Center Report. 23. N° 6. p. S9. 1993.

¹⁹ Op. cit., Second Ed., Oxford University Press, Inc., p. IX. 1983.

²⁰ Callahan D. "Why America accepted Bioethics", en The birth of Bioethics. Special supplement. Hasting Center Report 23. N° 6. S8, 1993.

y confianza, sino amparada por disposiciones legales, lo cual, sin duda, obliga al profesional a actuar ceñido a ellas, con miras a garantizar la bondad de su ejercicio. Si antes, la sabiduría suprema –o identificación del bien- preconizada por Sócrates, fundador de la ética, era para el médico un asunto de conciencia, hoy –no obstante la cacareada autonomía– es un mandato impuesto por la democratización, la socialización y la judicialización de la profesión.

Llegados a esta altura de mi exposición, bien podemos adelantar un análisis comparativo entre la ética médica de ayer y la ética médica de hoy, considerando que –en mi concepto- han sido ocho los ítems que sufrieron cambios. Veámoslos:

ÉTICA MÉDICA

De ayer

1. Valoralista.
La vida como valor absoluto.
2. Naturalista, metafísica.
Los fenómenos naturales (salud-enfermedad) dependiendo de leyes metafísicas.
3. Romántica
La filantropía como fundamento de la relación médico-paciente.
4. Individualista
El hombre, como núcleo social, objeto de la profesión.
5. Paternalista
El médico, como padre solícito; el paciente, como hijo sumiso.
6. Alegalista o ajurídica
Sin responsabilidad legal, con impunidad jurídica.
7. Juramentada
Ejercida bajo juramento.
8. Gremializada
Patrimonio de los médicos.

De hoy

1. Prinsipialista.
La autonomía como principio absoluto.
2. Científica, técnica.
Los fenómenos naturales dependiendo de fuerzas exactas, comprobables.
3. Pragmática
Sujeta al criterio y control de otros
Los costos/ beneficios como fundamento de la relación médico-cliente.
4. Comunitaria
La comunidad, como fin, objeto de la profesión.
5. Autonomista
El cliente, como sujeto autónomo; el médico, como instrumento suyo.

6. Legalista, judicializada
Con responsabilidad legal.
7. Contractualizada
Ejercida mediante contrato.
8. Intermediatizada

Vistos los cambios que sufrió la Ética Médica hipocrática, tenemos que aceptar que, en verdad, la Bioética fue un movimiento que transformó a aquella y, como consecuencia, le imprimió un nuevo rumbo al ejercicio de las disciplinas de salud o sanitarias. Teniendo en cuenta que ha sido costumbre inveterada hacer un juramento antes de recibir la investidura profesional, los nuevos médicos lo hacen en términos hipocráticos, los cuales, en virtud de la nueva ética, se hallan desfasados, es decir, son anacrónicos. Tal evidencia –pienso yo- hace recomendable remozar los términos, no ya de un juramento, sino de una promesa frente a la sociedad, que es la que va a recibir los servicios profesionales y, por lo tanto, a exigir el cumplimiento de los principios éticos comprometidos. Esa nueva promesa podría ser del siguiente tenor:

PROMESA O DECÁLOGO DEL MÉDICO

1. Protegeré la vida de mi paciente
2. Cuidaré solícitamente su salud
3. Respetaré su autonomía en tanto haga uso de ella con entera competencia mental. Cuando carezca de ésta, respetaré la autonomía de aquellos en quienes legalmente recaiga la delegación de la suya.
4. Le suministraré de manera clara y veraz la información [pertinente a su estado de salud, la suficiente como para permitirle tomar una determinación recta y autónoma en defensa de sus mejores intereses.
5. Guardaré en secreto aquello que en la relación médico-paciente él me hubiere referido con carácter confidencial, en tanto no vaya en contra del bienestar de otro.
6. Contribuiré a que los recursos que el Estado y la sociedad destinen al cuidado de la salud se utilicen de manera correcta y se distribuyan equitativamente.
7. Ejerceré mi profesión de manera solidaria y humanitaria, propiciando siempre el bienestar de la persona y la comunidad. Del daño les preservaré.
8. Propenderé a que lo que se me retribuya por ejercer mi profesión sea equitativo. Desdeñaré el afán de lucro.
9. Actuaré siempre de acuerdo a mis capacidades y conocimientos.
10. Procuraré mantenerme actualizado en las cuestiones propias de mi profesión.

SOLEMNE Y LIBREMENTE, BAJO MI PALABRA DE HONOR, PROMETO CUMPLIR LO ANTES DICHO.