

Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales

FRANCISCO MAGLIO

RESUMEN

El objetivo de esta comunicación es comentar aspectos conceptuales sobre ética médica y bioética.

Se describirán antecedentes históricos sobre bioética, las transformaciones sociales que le dieron origen y las relaciones entre biología y ética.

En la relación médico-paciente se analizarán el modelo tradicional y el actual fundamentado en el principio de autonomía.

Se analizarán también conceptos como "competencia", "consentimiento informado" y "virtudes asociativas".

Se describirá la relación médico-paciente como un proceso de empatía, aceptación moral y veracidad. En este sentido, la necesidad de incorporar la "biografía" a la biología en la historia clínica.

Por último, se contextualizará la salud, la enfermedad y la atención médica como construcción y producto de las relaciones sociales, en un marco histórico, político e ideológico. REV ARGENT CARDIOL 2001; 69: 444-447.

Palabras clave Competencia - Consentimiento informado - Virtudes asociativas

La ética, como reflexión filosófica que estudia la validez conceptual de las normas morales, comienza (como comenzó todo o casi todo) con los clásicos griegos.

Aristóteles en su *Ética a Nicómaco* la define como "la búsqueda de la felicidad orientada por la razón: es la inteligencia aplicada a la conducta y se identifica con el bien obrar y el bien vivir". (1)

Desde ese lejano entonces hasta el presente son numerosas las distintas teorías éticas, pero todas con el objetivo común ya enunciado de estudiar la validez conceptual de la moral.

La génesis de la moral, por su parte, es estudiada por la sociología y la antropología. La ética médica no es una ética especial o particular, sino la aplicación de conceptos, principios y teorías éticas a la práctica de la medicina. (2)

Desde los tiempos hipocráticos, la ética médica estuvo centrada en el principio de beneficencia: lo mejor para el enfermo.

Pero ese "mejor" era definido por el médico, es

decir, él decidía qué era lo más conveniente para el paciente y esto era socialmente aceptado.

A partir de la década de los '70 se incorporan tres transformaciones que hacen cambiar ese paradigma: (3)

1. Transformación tecnológica: el avance en esta área significa en la práctica la posibilidad ya no de beneficiar sino de perjudicar a los pacientes: técnicas invasivas, procedimientos dialíticos, respiradores, etc. Nace entonces, como imperativo categórico, el principio de no maleficencia sobre el tradicional de beneficencia.
2. Transformación social: a partir del "mayo francés del '68" la gente quiere "participar", esto es, tomar parte activa en las decisiones. Llevado a la relación médico-paciente, éste tiene derecho a elegir o rechazar determinado tratamiento que pueda, más allá de la eficacia terapéutica biomédica, influir en su calidad de vida. Esta la va a determinar el propio paciente y no la perspectiva del médico: nace el princi-

pio de la autonomía. Este principio no debe absolutizarse; esto es, la autonomía del paciente debe tener en cuenta a su vez la autonomía de sus familiares y la autonomía del médico. De no ser así se transforma en un *autonomismo* que llevará a un exagerado individualismo (atomismo moral) y a una *juridicación* de la relación médico-paciente.

Así como los tiene el médico, también el paciente tiene deberes morales:

—Decir la verdad.

—Cumplir el tratamiento (por supuesto, cuando tenga acceso a él, condición que, dada la situación económica actual, en muchos casos no se cumple).

—No dañar voluntariamente a terceros (en casos de enfermedades contagiosas o transmisibles).

—Respetar la objeción de conciencia del médico si éste la manifiesta.

3. Transformación política: los recursos, en este caso de salud, deben distribuirse por razones equitativas, es decir, a los que de por sí tienen más darles algo menos para poder darles algo más a los que de por sí tienen menos. Nace el principio de justicia distributiva.

En 1971, van Potter en su *Bioética: un puente al futuro* define tal concepto: "Es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias y la salud, en cuanto esa conducta sea examinada a la luz de los valores y principios morales". (4)

En 1979, Beauchamp y Childress publican un texto referencial, *Principios de ética biomédica*, donde la definen como "la aplicación de teorías éticas generales, principios y reglas a problemas de las prácticas terapéuticas, la asistencia de la salud y la investigación médica y biológica". (5)

En nuestro medio, Florencia Luna define la bioética como "una ayuda para la toma de decisiones en los dilemas éticos que se plantean en medicina y biología. Dilema ético es la situación que se produce cuando los principios éticos entran en conflicto". (5)

Debe quedar claro que la bioética no se opone al desarrollo científico y tecnológico sino que le señala el camino para respetar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Parafraseando la alegoría de Pitágoras: "Se encuentran la ley y la libertad, ésta le dice a la otra: me molestas y la ley le contesta, no, te protejo".

La biología determina lo que *puede ser* y la bioética señala lo que *debe ser*. La primera se basa en *hechos* y la segunda se mueve con *valores*. La biología es *ciencia* y la bioética es *conciencia*.

La bioética en la investigación se originó ante la revelación de las atrocidades cometidas por médicos alemanes que investigaban "en aras de la ciencia" en los campos de concentración de Auschwitz

sobre cuerpos de judíos indefensos. Así nació la Declaración de Helsinki, que garantiza los derechos de toda persona a aceptar o a negarse a ser motivo de investigación biomédica, ya sea terapéutica o no.

También así nacieron los Comités Hospitalarios de Bioética, que no deben considerarse tribunales de ética, ya que su función no es ser jueces de nadie, sino promover un ámbito interdisciplinario de reflexión para ayudar en la toma de decisiones en aquellos casos de la práctica institucional que presenten dilemas éticos. (2)

Si bien el campo de la bioética es tan amplio que abarca áreas como la ecología (dados los desastres ecológicos promovidos por el "ecocidio" de industrias deshumanizadas e *in-humanas*), centraremos los aspectos vinculados a la relación médico-paciente. (6)

De un modelo tradicional paternalista (todo para el enfermo, pero sin decisión del enfermo), la bioética lo ha cambiado hacia un nuevo paradigma, para que la relación médico-paciente se convierta en una relación vincular donde saberes y poderes se transmitan en una dirección horizontalmente democrática sin ningún tipo de sometimiento (no es cuestión de pasar de la tiranía del médico a la tiranía del enfermo).

El modelo tradicional se fundamenta en el principio de beneficencia; este nuevo modelo, si bien no desecha ese principio, incorpora el de autonomía.

Este principio de autonomía a su vez se fundamenta en la "competencia" definida como "la capacidad de una persona para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para tomar, expresar y defender una decisión acorde con su escala de valores". (4)

De manera tal que el mentado "consentimiento informado" no debe ser simplemente un trámite burocrático y judicial de una firma, sino la culminación de un proceso de entendimiento, comprensión y libre elección entre un médico-persona y un paciente-persona.

En este sentido, en la relación médico-paciente es pertinente introducir, además de los ya mencionados principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, la que se define como "ética del cuidado". (7)

Cada relación médico-paciente es una situación particular, intransferible e irrepetible y como tal debe ser considerada y contextualizada.

La estrategia es desarrollar las virtudes asociativas (esto es, del médico y del paciente) para conseguir el trípode fundamental: comunicación, confianza y comprensión. Este trípode, para que sea válido, debe ser interactivo, es decir de "ida y vuelta".

En términos sociológicos, la relación médico-pa-

ciente debe ser un proceso de empatía, aceptación y veracidad.

Empatía ya que como personas nos gusta que nos quieran y además que expresen ese afecto. En este sentido los dos extremos son perjudiciales.

Por un lado, el típico "no te involucres", al desubjetivizar al otro, lleva a la despersonalización del yo. Es el médico-robot que termina siendo persona-robot.

En el otro extremo, la sobresubjetivización lleva a la desestructuración: el "síndrome de compulsión", el médico sobreinvolucrado que pierde la objetividad al padecer de una exagerada responsabilidad y con sentimiento patológico de culpa.

En palabras de Miguel de Unamuno: "El equilibrio es *estar* con el paciente sin *ser* el paciente".

Aceptación en términos morales. Nos debe interesar lo que la gente *hace* y no lo que la gente *es*. La moral en medicina nos debe servir para ser cada vez más *justos* con los pacientes y no *jueces* de los pacientes.

Veracidad, ya que no hay justificación ética para el engaño. Pero cabe acotar que así como el enfermo tiene derecho a saber, hay ocasiones en que tiene derecho a *no saber* (siempre que ese no saber no dañe a terceros). Entonces la verdad debe ser revelada en forma *acumulativa* (hay verdades que son "fusilamientos") y *soportable* (pero para el paciente, no para nosotros o los familiares).

Para la concreción de este triple proceso de empatía, aceptación y veracidad, a los principios bioéticos ya explicitados debemos agregarles el ejercicio de las virtudes de la integridad, la ecuanimidad y el respeto.

La virtud de la integridad es ser fieles a la confianza del paciente que se entrega a nuestra conciencia como médicos.

La virtud de la ecuanimidad es asistir, en palabras de Petrarca al papa Clemente VI, "al último de los siervos con la misma diligencia y dignidad que asiste a un papa". (8)

Por último, la virtud del respeto que consiste en considerar al paciente como persona en términos kantianos, esto es, que en tanto persona tiene dignidad y no precio, es sujeto y no objeto, es un fin en sí mismo y no un medio.

En función de este respeto debemos garantizar, además de la autonomía, dos pilares en el trato al enfermo: la privacidad y la confidencialidad.

Es fundamental, además, una relación tal con el paciente que nos permita conocer, más que su biología, su biografía: esto es, más allá de sus síntomas y signos, sus subjetividades en el sentido de cómo simboliza, cómo significa su padecimiento.

Este conocimiento lo lograremos más que con un "interrogatorio" (connotado de autoritarismo y dis-

ciplinamiento) con un "escuchatorio"; permitirle al paciente *su* relato, *su* narrativa, la materialidad de *su* sufrimiento.

Este abordaje nos posibilitará aplicar una eficacia "simbólica", (9) atendiendo y asistiendo esas subjetividades, que articulándose armónicamente con una eficacia "biológica", sumará el *sanar* con el *curar*.

Por otra parte, el abordaje en cuestión nos permitirá, a través de las *narrativas* del enfermo no como tal sino como "persona", conocer su proyecto de vida. En términos antropológicos, una persona no se enferma el día en que comenzaron sus síntomas (como nos enseñaron en un modelo biomédico) sino el día en que por esos síntomas se vio interrumpido su proyecto de vida.

Por extensión, se *sanará* (no tanto curará en términos de ese modelo) el día en que pueda reanudar ese proyecto de vida.

En la medida en que posibilitemos la concreción de ese proyecto seremos "sanadores" en el sentido socrático del término, más allá de "curadores" (en el sentido biomédico) que por supuesto también tenemos que ser.

La estrategia es adaptar la terapéutica a la vida del paciente (sus gustos, sus horarios, sus costumbres, sus "sueños") y no adaptar la vida de él a la terapéutica.

Pero si reducimos nuestra práctica solamente a este abordaje quedaremos en una dimensión exclusivamente fenomenológica.

Es menester que contextualicemos tanto la salud, la enfermedad y la atención, como un *continuum construido* por las relaciones sociales y como un *producto* de esas relaciones. (10) Relaciones que operan desde desiguales situaciones de poder y con sentidos de normatividad social, disciplinamiento y estigmatización. (11)

Desde esta perspectiva, la enfermedad adquiere una connotación "moral": el enfermo se *merece* estar así por no cumplimentar las "normas" dictadas por una sociedad autoritaria, disciplinadora y controladora. Sociedad que, por otra parte, *construye* en términos de economía política a los "candidatos" para enfermarse: excluidos, marginados, "adictos", pobres, desocupados, en fin, todos aquellos que no se *merecen* estar sanos. (12)

Esto se ve claramente en las enfermedades de transmisión sexual, que una epidemiología intervencionista hegemónica en un discurso pedagógico-disciplinario las convierte para el imaginario social en enfermedades de "transgresión moral". (13)

En palabras de Ramón Carillo: "Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la angustia, a la tristeza y al infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedad son unas *pobres causas*". (14)

En este contexto se puede afirmar, buceando en el fondo del *iceberg* de la enfermedad, que sus dos grandes causas sociales son las necesidades básicas insatisfechas y las esperanzas frustradas. Sobre éstas aparecen como epifenómenos, no como determinantes, los agentes "etiológicos": HIV, bacilo de Koch, oncogenes, dislipemias, etc.

No puede cerrarse este encuadre sin considerar, en los tiempos que corren, otra gran causa de enfermedad sobre todo a nivel macro: la corrupción.

Desde el campo de la salud debemos considerar-la no solamente un problema moral y legal (que lo es), sino también como causa básica de enfermedad.

Cuando se "distraen" (por emplear un eufemismo) recursos de salud para fines menos dignos, cuando no decididamente espurios, eso es causa de enfermedad.

Lo peor de la corrupción es "acostumbrarnos" a la corrupción, porque entonces hay un delgadísimo y fácilmente franqueable paso a admirar al corrupto y de allí a premiarlo.

En versos de Benedetti: "En la época de las bárbaras naciones / de las cruces colgaban los ladrones / Ahora, en las naciones de las luces / del pecho de los ladrones cuelgan las cruces".

Aunque no parezca (desde un modelo médico positivista), estas reflexiones son profundamente *médicas*, en el sentido de Larramendi: "El médico que solamente sabe medicina, ni medicina sabe".

Si no internalizamos en nuestra práctica cotidiana esta dimensión antropológica crítica, quedándonos en lo biológico y en lo fenomenológico, no haremos más que una medicina *hemipléjica*.

Se podrá argüir (con cierta razón) qué podemos hacer desde nuestra pequeñez como médicos sin posibilidad de influir en decisiones políticas desde lo macro, más aun teniendo en cuenta que según estadísticas recientes, el 70% de los médicos del conurbano bonaerense necesitan tres o más trabajos para no llegar a superar dos canastas básicas familiares.

Podemos hacer (y mucho) en dos direcciones:

Por un lado ser conscientes de los poderes hegemónicos que nos usan como aliados tácticos para el control social.

Los tres que "interrogan" a la gente son los jueces, la policía y los médicos; los tres tenemos uniforme y los tres "internamos".

El tomar conciencia de esta manipulación es el primer paso para "re-encontrarnos" con nuestros pacientes como "co-sufrientes" de una estructura de poder.

En una segunda dirección liberadora, tenemos una nueva función como médicos, una función "profética", en el sentido de la denuncia de las in-

justicias: durante años hemos confortado a los afligidos, llegó la hora de afligir a los confortados.

SUMMARY

MEDICAL ETHICS AND BIOETHICS. CONCEPTUAL ASPECTS

The purpose of this communication is to comment on the conceptual characteristics of medical ethics and bioethics.

An historical background about bioethics, the social changes that gave its origin and the relation between biology and ethics will be described. In the doctor-patient relationship, the traditional pattern and the present one based on the principle of autonomy will be analyzed. Other items as "competence", "informed consent" and "associative virtues" will also be studied. The doctor-patient relationship will be described as a process of empathy, moral acceptance and truthfulness. This explains the need to incorporate the "biography" in the biology of the clinical history.

Health, illness and medical care as constructions and products of social relations will be framed in an historical, political and ideological frame.

Key words Medical ethics - Bioethics - Doctor-patient relationship - Informed consent

BIBLIOGRAFIA

1. Cortina A, Martínez E. *Ética*. Madrid, Akal; 1996.
2. Gracia Guillén D. *Ética médica*. Madrid, Eudema; 1991.
3. Mainetti JA. *Bioética ilustrada*. La Plata, Quirón; 1994.
4. *Bioética. Temas y perspectivas*. Publicación científica N° 527. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 1990.
5. Luna F, Salles A. *Decisiones de vida y muerte*. Buenos Aires, Sudamericana; 1995.
6. Lain Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. Madrid, Revista de Occidente; 1964.
7. Maglio F. *Relación médico-paciente: de Platón al consultorio*. *Perspectivas Bioéticas* 1997; 3: 112-117.
8. *Grandes Biografías*. México, Asuri; 1993.
9. Le Breton D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión; 1995.
10. Menéndez E. *Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud*. Rosario, Cuadernos Médicos Sociales, N° 33; 1985.
11. Grimberg M. *Problemas teóricos metodológicos en antropología y salud*. En: *Cultura, Salud y Enfermedad*. Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología; 1995.
12. Margulies S. *Candidaturas y VIH/SIDA*. Rosario, Cuadernos Médicos Sociales, N° 74; 1998.
13. Barreda V. *La representación de la sexualidad como factor de riesgo en el modelo médico epidemiológico del sida*. En: *Antropología y práctica médica*. Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología; 1997.
14. Carillo R. *Contribución al conocimiento sanitario*. Buenos Aires, EUDEBA; 1974.