

Medicina y Bioética: la deliberación como divulgación

(Medicine and Bioethics: deliberation as a form of dissemination)

Martínez Urionabarrenetxea, Koldo
Nafarroako Ospitalea. Irunlarrea, z/g. 31008 - Iruña
kmartinez@cfn Navarra.es

BIBLID [0212-7016 (2002), 47: 2; 447-455]

La bioética surge del cruce de tres tradiciones históricas que afectan al ejercicio de la medicina hoy: la ética médica, la tradición legal y la política. Cada una de ellas tiene un objetivo específico distinto: la primera, la beneficencia; la segunda, los derechos y la justicia, la última. Los juicios clínicos y los éticos deben ser razonados, razonables, probables y prudentes. La deliberación es el método de análisis y de solución de los problemas (morales y clínicos, entre otros).

Palabras Clave: Bioética. Deliberación. Medicina. Paciente. Comités de Ética Asistencial.

Gaur egun medikuntzaren praktika ukitzen duten hiru tradizio historikoak gurutzatetik sortzen da bioetika: medikuntzaren etika, tradizio legala eta politikoa. Helburu berezi eta desberdina du horietako bakoitzak: ongintza lehenak, eskubideak bigarrenak, eta justizia azkenak. Iritz klinikoek eta etikoek arrazoituak, arrazoizkoak, probableak eta zurrak izan beharra dute. Eztabaida da arazoak (moral eta klinikoak, besteak beste) aztertze eta konpontze metodoa.

Giltza-hitzak: Bioetika. Eztabaida. Medikuntza. Gaixoa. Laguntza Etikaren Batzordeak.

La bioéthique naît du croisement de trois traditions historiques qui touchent l'exercice de la médecine aujourd'hui: l'éthique médicale, la tradition légale et la politique. Chacune d'elle a un objectif spécifique différent: la première, la bienfaisance; la seconde, les droits et la dernière, la justice. Les procès cliniques et les procès éthiques doivent être raisonnés, raisonnables, probables et prudents. La délibération est la méthode d'analyse et de solution des problèmes (moraux et cliniques, entre autres).

Mots clés: Bioéthique. Délibération. Médecine. Patient. Comités d'Ethique d'Assistance.

1. INTRODUCCIÓN

La bioética es una nueva disciplina surgida a raíz de los recientes grandes adelantos científico-tecnológicos y de los cambios operados en la sociedad contemporánea. No consiste en un código de conducta profesional sino en una reflexión sobre los fines y los medios de la vida en el planeta en general y sobre la práctica de la medicina y otras ciencias de la vida en concreto. Defenderé que esta reflexión global ha de ser necesariamente interdisciplinar, participativa, comunitaria, y deliberativa.

2. LA BIOÉTICA, UNA DISCIPLINA JOVEN

El neologismo “bioética” lo introdujo Van Renselaer Potter, en 1970, en un artículo titulado “*Bioethics, the Science of Survival*”¹. Para Potter el término tenía un sentido muy amplio directamente relacionado con la ecología:

“Tenemos mucha necesidad de una ética de la tierra, una ética de la vida salvaje, una ética de la población, una ética del consumo, una ética urbana, una ética internacional, una ética geriátrica, y así sucesivamente. Todos estos problemas reclaman acciones basadas sobre valores y sobre hechos biológicos. Todos ellos constituyen la bioética, y la supervivencia del ecosistema total es la prueba del sistema de valores”².

El concepto tiene un nacimiento casi simultáneo en la persona de André Hellegers³, obstetra católico preocupado por los problemas éticos del origen de la vida, que formó parte de la Comisión nombrada por el Papa Pablo VI en 1964 para el estudio de la moralidad de los métodos anticonceptivos. De hecho, la publicación de la encíclica “*Humanae Vitae*” el año 1968 está también relacionada con el nacimiento de la bioética⁴. Hellegers abrió en 1971 gracias a la ayuda de la *Joseph P. Kennedy Jr. Foundation* un centro para el estudio de la bioética y la reproducción humana que con el tiempo pasó a denominarse *The Kennedy Institute of Ethics*, que aún hoy tiene gran relevancia en estas cuestiones.

Bioética deriva etimológicamente de *bios*, esto es, vida, lo que ha provocado el nacimiento de dos corrientes éticas, muchas veces absolutamente enfrentadas, por la defensa de la “sacralidad” de la vida que hace una de ellas y por la de la “calidad” de la vida que persiguen otras, y de *éthos*, término que puede ser interpretado tanto como costumbres, tradición, folklore, norma, esto es,

1. POTTER, VR. *Bioethics: The Science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine* 1970; Aut.: pp. 127-173.

2. POTTER, VR. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1971.

3. REICH, WT. The word “bioethics”: its birth and the legacies of those who shaped its meaning. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1994; 4: pp. 319-336. REICH, WT. The word “bioethics”: the struggle over its earliest meanings. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1995; 5: pp. 19-34.

como todo lo relacionado con la idea de realización, la immanencia, la deontología, los deberes, leyes y reglas, así como con la excelencia del carácter, virtud, tensión constante hacia la perfección, o sea, como todo lo referido a la idea de apreciación, de valor, de ideal, de trascendencia, de teleología. Por ello ha resultado ser un concepto muy ambiguoⁱⁱ del que se han sugerido múltiples y variadas definiciones. Aquí sólo citaré a Callahan quien afirma que la bioética:

“... ha pasado a significar más que un campo concreto de la investigación humana en la intersección entre la ética y las ciencias de la vida; es también una disciplina académica, una fuerza política en la medicina, en la biología y en los estudios del medio ambiente; también significa una perspectiva cultural importante... Se ha extendido hasta los ámbitos del derecho y las políticas de gobierno; ha entrado en los estudios de literatura, historia y cultura en general, en los medios de comunicación social y en las disciplinas de filosofía, religión, literatura, en los ámbitos científicos de la medicina, biología y medio ambiente, demografía y ciencias sociales”⁴.

3. RAZONES PARA SU SURGIMIENTO

Varias han sido las causas que parecen haber propiciado el nacimiento de esta disciplina: a) La emancipación de los pacientes; b) La emergencia de nuevas tecnologías; c) La medicina como nueva organización económica, política y social; y d) El cambio social y cultural.

3.1. La emancipación de los pacientes

Según la ética médica clásica, la enfermedad altera no sólo el equilibrio físico del enfermo, sino también el mental. Ello le impide tomar decisiones sabias o prudentes. Y, por tanto, la principal –y única– virtud que se requiere del enfermo es la obediencia. Ello hace que la relación médico-paciente esté fundamentada en una asimetría total, siendo una relación estructurada verticalmente, en la que el médico actúa de un modo paternalista buscando lo mejor para el paciente, pero sin tomar en cuenta los deseos del mismo. Hoy se da una nueva concepción de la relación clínica, que es vista como una relación entre personas adultas, autónomas y responsables al haberse producido una horizontalización y democratización de las relaciones humanas; entre éstas, también de la que se da entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Se acepta así mismo que los pacientes no pierden sus derechos civiles por el mero hecho de estar enfermos. Fruto de todo ello es la exigencia social del consentimiento informado y de la participación en la toma de las decisiones que afectan al cuerpo, la salud, la enfermedad, la vida y la muerte de todos y cada uno de los seres humanos.

4. CALLAHAN, D. “Bioethics”. En: Warren, R., editor. *Encyclopedia of Bioethics*. Edición Revisada. New York: The Free Press MacMillan Publishing Co.; 1995. 5 vol.; pp. 247-256.

3.2. La emergencia de nuevas tecnologías

La medicina ha avanzado en el último siglo más que en los 40 siglos precedentesⁱⁱⁱ. Tanto que recientemente se consideró necesario repensar sus fines, que en la Antigüedad habían sido definidos por Hipócrates como: “*librar por completo a los enfermos de sus sufrimientos, atenuar los rigores de las enfermedades y no dar tratamiento a quienes están vencidos por la enfermedad*”⁵. Y así, bioeticistas de todo el mundo reunidos en el Hastings Center, preocupados porque “*los fines de la medicina y no sólo sus medios están en juego*”⁶ redefinieron aquéllos como: 1) la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; 2) el alivio del dolor y del sufrimiento; 3) la curación y el cuidado de los enfermos y el cuidado de quienes no tienen curación; y 4) la prevención de la muerte prematura y la ayuda para morir.

La capacidad que hoy tenemos de intervenir en los procesos de salud y enfermedad de las personas era absolutamente impensable hace cien años. La medicina ha alcanzado un gran dominio en las áreas de la reproducción, el sistema nervioso y la herencia, con lo que ha calado en la sociedad la idea de que hoy podemos producirnos a nosotros mismos como nunca antes habíamos logrado hacer. Como ejemplos de lo dicho cabe mencionar la inseminación artificial, la fecundación *in vitro*, la transferencia de embriones, el diagnóstico prenatal, las técnicas de selección de sexo, la ingeniería genética, la clonación, las técnicas de soporte vital (diálisis, respiración mecánica, técnicas de reanimación cardiopulmonar, nutrición artificial), el nuevo concepto de muerte cerebral (que permite el mantenimiento en funcionamiento de diversos órganos de personas fallecidas que pueden luego ser trasplantados a otras personas) y los propios trasplantes, tanto de órganos así como de parte de ellos, de cadáver como de donantes vivos.

Estas posibilidades de intervención en lo más íntimo de las personas han generado la pregunta sobre si todo lo que es técnicamente posible debe ser llevado a cabo o no. Esta es, en el fondo, la pregunta moral sobre el tipo de humanidad que queremos ser y construir.

3.3. La medicina como nueva organización económica, política y social

Resulta también necesario recalcar la importancia de los cambios institucionales y políticos que han llevado a la universalización de la asistencia sanitaria, al igual acceso de todos los ciudadanos a los servicios de salud, así como las cuestiones relacionadas con la distribución justa de los recursos y la necesidad de priorizar las necesidades en materias de salud, esto

5. *Tratados Hipocráticos*, Madrid: Alianza Editorial, 1996.

6. *The goals of medicine. Setting new priorities*, Special Supplement Hastings Center Report, Nov-Dec 1996.

es, temas de justicia sanitaria, por la cantidad, la gravedad y la profundidad de los problemas que han provocado.

3.4. El cambio social y cultural

De forma paralela a la medicina se han desarrollado la biología y la ecología y ha surgido en la sociedad la conciencia de los peligros nuclear y ecológico, lo que ha motivado masivas movilizaciones sociales y serias preocupaciones de los gobiernos y de otras instituciones internacionales en relación con la preservación de la naturaleza. Parte de esta nueva conciencia social está también constituida por los movimientos a favor de los derechos civiles, el feminismo y los nuevos tipos de relaciones entre las personas al igual que entre éstas y las instituciones.

4. CRUCE DE TRADICIONES

Puede decirse, por todo ello, que la bioética no consiste en una nueva deontología, un código de deberes de obligado cumplimiento para los miembros de las profesiones sanitarias. Se trata más bien del resultado del cruce de tres tradiciones históricas distintas que afectan de lleno al ejercicio de la medicina en nuestros días. Por un lado, la tradición ética médica, recogida en los códigos deontológicos a lo largo de la historia de la medicina desde el Juramento Hipocrático hasta hoy, una ética basada en el naturalismo, la ética mediterránea de la virtud y una concepción paternalista de la relación médico-enfermo, con el objetivo benéfico de buscar el bien del paciente pero sin contar con él, ni con sus deseos, valores ni preferencias⁷. Existen otras dos tradiciones que los profesionales sanitarios han vivido –y muchos aún siguen viviendo– como imposiciones sociales, externas al ejercicio libre de su profesión, por lo que son conceptualizadas por éstos como extrañas y aceptadas a regañadientes: la tradición legal y la política. La primera surge en relación con la aceptación progresiva de los derechos de los ciudadanos a partir del final de la Edad Media en el Centro y Norte de Europa. Y es que a partir de esa época comienzan a hacerse críticas a la Naturaleza como fuente de moralidad, tanto desde la teología como desde la filosofía y la ciencia^{iv}. La segunda es muy reciente pero no por ello menos preocupante para los profesionales y se relaciona con el debate sobre economía y salud, la distribución justa de recursos escasos, la contención del coste, el racionamiento de los servicios sanitarios, etc. Esta nueva concepción pretende convertir al médico, que se sentía como un agente al exclusivo servicio del paciente, en un agente al servicio también de la colectividad mediante el manejo adecuado de dichos recursos. Esto coloca al profesional en una

7. GRACIA, D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Medicina Clínica*, 93 (1989), pp. 100-102.

situación desconocida para él, entre los deberes de justicia, que son públicos y deben ser igualmente respetados para todos y los de beneficencia, que son privados para cada uno (en los que el médico se movía tranquilo de modo paternalista).

Esta nueva triple dependencia ética obliga a los profesionales y a la sociedad a un enfoque moral diferente de las prácticas de las profesiones sanitarias en el que la moralidad de los actos no vendrá dictada por un código único elaborado exclusivamente por los profesionales –y sólo para ellos– sino que será necesariamente fruto de una reflexión conjunta de todas las personas afectadas por los resultados de dichos actos. Es decir, en la reflexión moral sobre la medicina tendrán también que participar los ciudadanos que pueden verse afectados por las prácticas médicas y sus instituciones.

5. JUICIOS CLÍNICOS Y JUICIOS ÉTICOS

Ya en la Antigüedad se distinguieron dos tipos de saberes: aquellos que versaban sobre las cosas que no pueden ser de otra manera, que constituían un conocimiento universal, apodíctico (*epistéme*) y los que lo hacían sobre lo que puede ser de otra manera (*techné*)⁸. La medicina antigua podría ser calificada como basada en la intención, en la buena voluntad del médico, en sus habilidades técnicas individuales y en su experiencia personal. Se trataba de una medicina esencialmente subjetiva, basada en las opiniones personales del profesional y no responsable ante la ley. La medicina contemporánea, en cambio, intenta aplicar el método científico por lo que busca basarse en datos, pretende ser esencialmente objetiva y es, de hecho, legalmente responsable. Por eso se habla hoy de medicina basada en la evidencia⁹, esto es, en datos y pruebas de eficacia, de seguridad, de efectividad y de eficiencia⁹. Y aunque este movimiento parece adecuado en cuanto a su búsqueda de dichas pruebas, ha recibido fuertes críticas por su olvido de los valores de los pacientes a la hora de la toma de decisiones¹⁰.

En la actualidad está universalmente aceptado que los juicios médicos pertenecen al saber de lo que puede ser de otra manera, esto es, no al mundo de lo apodíctico sino al de lo opinable, y se cree que dichos juicios son –o deben ser– razonados, razonables, probables y prudentes¹¹. Y en esto se parecen a los juicios éticos, que en una sociedad multicultural

8. CORTINA, A.; MARTÍNEZ NAVARRO, E. *Ética*. Madrid: Akal, 1996.

9. COCHRANE, AL. *Efectividad y eficiencia – Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*. Barcelona: Asociación Colaboración Cochrane Española, 2000.

10. CHAMORRO, A; ALONSO, P; ARRIZABALAGA, J.; CARNÉ, X.; CAMPS V. Luces y sombras de la medicina basada en la evidencia: el ejemplo del accidente vascular cerebral. *Medicina Clínica*; 116 (2001), pp. 343-349.

11. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, MA. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson, 1998.

deben necesariamente ser también razonados, razonables, probables y prudentes. Y es que como afirma Canto-Sperber, la reflexión ética pretende “*la comprensión libre de prejuicios de los términos de una cuestión, de sus condiciones o de sus consecuencias, la evaluación de las acciones posibles y de las que no lo son, la deliberación y la decisión, provistas de sus justificaciones a veces plurales, a veces incompletas*”¹².

6. LA DELIBERACIÓN COMO MEDIO Y COMO FIN

Ya Aristóteles¹³ describía la deliberación como el método de la racionalidad práctica, y por tanto, como el propio de las decisiones técnicas, artísticas, éticas y políticas. Y la definía como el proceso intelectual de ponderación de todos los factores que deben ser tenidos en cuenta en un proceso razonable de toma de decisiones. Deliberación que para Gracia¹⁴ se trata de un arte basado en el respeto mutuo, cierto grado de humildad intelectual y el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos, mediante la escucha y el intercambio de opiniones y de argumentos con el resto de personas involucradas en el proceso.

Aún así, siempre existirán desacuerdos morales en la sociedad, por la escasez de recursos, por nuestra limitada generosidad, por la incompatibilidad de algunos de los valores que las personas defendemos y por el imperfecto entendimiento que tenemos de las cosas en general. Desacuerdos cuya realidad debemos aceptar y con los que parece razonable aprender a vivir mediante una “economía del desacuerdo moral”¹⁵ que nos permita intentar llegar a acuerdos morales razonables y seguir deliberando sobre las cuestiones en que dicho acuerdo ha resultado imposible. Esto es lo que defienden los partidarios de la democracia deliberativa^{vi}.

Este es también el método utilizado en los llamados Comités de Ética Asistencial (CEA), órganos creados como un instrumento multidisciplinar deliberativo y asesor en los centros sanitarios para ayudar, tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes, en la toma de decisiones en las situaciones de incertidumbre en las que todos nos vemos envueltos a la hora de decidir en temas relacionados con la salud^{vii}. Los CEA se reúnen periódicamente de forma regular en los centros sanitarios y entre sus objetivos figuran la formación en bioética de los propios integrantes del comité así como del resto del personal de las instituciones. En los CEA pueden inte-

12. CANTO-SPERBER, M. *La inquietud moral y la vida humana. Reflexiones sobre la vida buena*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2002.

13. ARISTÓTELES. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1970; 37: 112b.

14. GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*; 117 (2001), pp. 18-23.

15. GUTMANN, A.; THOMPSON, D. *Democracy and Moral Disagreement*. Cambridge, Mass: The Belknap Press of Harvard University Press, 1996.

grarse todas aquellas personas que de una u otra forma integran la relación clínica, esto es, la parte más estrictamente sanitaria (médicos, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales, psicólogos, capellanes, celadores, etc.), aquellos que tienen una función especial en la regulación de dicha asistencia (abogados de la institución, por ejemplo) y personas ajenas a las profesiones y centros sanitarios, interesadas en las cuestiones bioéticas. Se debe subrayar la enorme importancia de la participación de estos últimos miembros porque, de manera habitual y constatada, sus aportaciones a las reflexiones y al debate suelen ser muy ricas y más representativas de los valores y de las preocupaciones de la sociedad que las visiones generalmente más estrechas de los profesionales, que suelen estar excesivamente influenciadas por el ejercicio de la propia profesión. Los CEA pretenden además servir de instrumento de búsqueda de soluciones a los múltiples conflictos que surgen en el ejercicio de la práctica médica: problemas de información, de comunicación entre sanitarios y pacientes, de toma de decisiones, etc. Cuando surgen cualquier tipo de problemas como los descritos, esto es, problemas relacionados con los valores de los integrantes de la relación clínica, los CEA pueden reunirse de forma extraordinaria a petición de los profesionales o de los propios pacientes. Deliberan entonces sobre estas cuestiones y buscan soluciones o vías alternativas a las que provocan el conflicto de valores. A lo largo de la existencia de los diversos CEA se ha pretendido lograr el consenso entre los participantes en dichas deliberaciones. Hoy, sin embargo, se hace cada vez más patente que no todos los conflictos morales tienen una única solución éticamente adecuada sino que puede haber –y de hecho, hay– múltiples soluciones moralmente válidas para un mismo problema ético, e incluso se acepta que no todos los conflictos éticos tienen solución. Se trata pues de razonar, de argumentar racionalmente las posturas y de encontrar acuerdos si no racionales, sí al menos, razonables. Por ello, estas vías alternativas propuestas pueden luego ser tomadas en consideración –o no– por el médico responsable o por el paciente, porque la decisión última les corresponde a ellos y no al comité.

El método de análisis y de toma de decisiones de los CEA puede y debe, en mi opinión, trasladarse a la sociedad y generalizarse en múltiples ámbitos de decisión política, porque sólo a través de la deliberación seremos capaces de razonar, dialogar y llegar a acuerdos respetuosos entre nosotros, con el planeta y con la diversidad de seres que lo pueblan. Y a mantener la discrepancia moral junto con la disposición a seguir buscando y deliberando en el futuro si el acuerdo actual no es posible. Es por ello que la bioética puede también ser entendida como una biopolítica en la medida en que defiende un análisis racional, prudente y razonable de todas las cuestiones en los ámbitos correspondientes, recuperando así su inicial vocación de reflexión global sobre la supervivencia en el planeta.

ⁱ Cabe mencionar al respecto las obras de HÄRING, B. *Interpretación moral de la "Humanae vitae"*. Madrid: Ed. Paulina, 1969 y de Rahner K. *Reflexiones en torno a la "Humanae vitae"*. Madrid: Ed. Paulina, 1971.

ii Ambigüedad que se ve aumentada porque el concepto puede además ser entendido, y así se ha interpretado, en dos sentidos distintos y contrapuestos, como "ética de la vida" y como "biología de la ética".

iii Datos de ello pueden encontrarse en ALBARRACÍN TEULÓN, A., editor. *Historia de la enfermedad*. Madrid: Saned; 1987. LAÍN ENTRALGO, P, editor. *Historia universal de la medicina*. Barcelona: Salvat; 1975. Vol. 7. LAÍN ENTRALGO, P, editor. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1978. Schott H, editor. *Crónica de la medicina*. Barcelona: Plaza & Janés, 1993.

iv Es necesario mencionar en este aspecto la importancia de pensadores como Guillermo de Ockham, Emmanuel Kant, Thomas Hobbes, John Locke y Adam Smith.

v Para profundizar en el tema se recomienda la siguiente bibliografía: SACKETT, DL, STRAUS, SE, RICHARDSON, WS, ROSENBERG, W., HAYNES, RB. *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo enseñar y ejercer la MBE*. Madrid: Churchill Livingstone (trad.), 1997; GRAY, JAM. *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone (trad.), 1997.

vi Puede al respecto consultarse la siguiente bibliografía: COHEN, J. "Deliberation and Democratic Legitimacy", en Hamlin A. y Pettit P (eds.), *The Good Polity*, Oxford: Blackwell, 1989; FISHKIN, J. *Democracy and Deliberation*. New Haven: Yale University Press, 1991; DRYZEK, JS. *Deliberative Democracy and Beyond*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

vii Para conocer la reglamentación de los CEA se sugiere la lectura de los Boletines Oficiales de Navarra y de la Comunidad Autónoma Vasca: Decreto 143/1995, de 7 de febrero, sobre creación y acreditación de Comités de Ética Asistencial, en BOPV, N° 43, de 2 de marzo de 1995; Orden Foral 435/2001, de 24 de agosto, del Consejero de Salud, por la que se regula la creación y acreditación de los Comités de Ética Asistencial, en BON N° 116, de 24 de setiembre de 2001.