

Desafíos para la Bioética en los Albores del Nuevo Milenio

Dra. Elena Lugo, Ph. D.

Catedrática de Ética Biomédica - Universidad de Puerto Rico
Directora del Centro de Filosofía en su Función Interdisciplinaria

Introducción

Es sabido que las ciencias biomédicas y la biotecnología, en sus diversas manifestaciones, en particular la biología molecular, han afectado la vida de todos. Para citar sólo los ejemplos más notorios de esta incidencia:

- Extensión de la expectativa de vida (al menos en los EE.UU.) a 72-75 años.
- Eliminación de un sinnúmero de enfermedades infecciosas.
- Detección de anormalidades genéticas.
- Investigaciones prometedoras en un área específica del cáncer: angiogénesis.
- Reglamentación en el plano estatal de los trasplantes de órganos.
- Investigación del sistema inmunológico.
- Control, planificación y manipulación de la procreación humana.
- Control del dolor.
- Nuevas técnicas de rehabilitación.

Naturalmente los adelantos en nutrición, higiene, educación y mejoras en el bienestar social han contribuido, junto a los progresos de la ciencia y de la técnica biomédica, a mejorar en muchos casos la calidad de vida y el nivel de salud de individuos y comunidades.

Por otra parte, se ha modificado la manera de pensar sobre la salud, la vida y los enemigos de estas: la enfermedad, el dolor y la muerte. Particularmente se han producido cambios en el modo como las sociedades se organizan para promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir para curar y cuidar los enfermos.

En los albores del nuevo milenio experimentamos presiones económicas, sociales y científicas que influyen diversamente sobre la medicina, los enfermos y las profesiones anejas, así como sobre los modos como se integra la medicina a la cultura y las instituciones sociales.

La medicina ha de responder a estas presiones reexaminando críticamente sus valores y fines benéficos.

En esta exposición me apoyaré en un importante estudio llamado "*Objetivos de la medicina*" y realizado por el prestigioso Hastings Center. Realmente se trata de prioridades nuevas, presentadas en el plano global, vale decir, en un contexto que incluye, de un modo u otro, a las profesiones de la salud en general.

Dificultades actuales de la medicina

Ahora bien, la urgencia de plantear y evaluar de nuevo los objetivos de la medicina se debe a lo que el citado estudio reconoce como dificultades actuales de la medicina:

1. Nuevos desarrollos científicos y técnicos

Algunas dificultades provienen de los propios desarrollos científicos y técnicos, de la sofisticada tecnología empleada para diagnósticos, procedimientos y terapias. La educación en el área de la salud, particularmente en el campo de la medicina, apunta al uso de tales técnicas, a estar atentos a los desarrollos de las industrias dedicadas a la producción de fármacos e instrumental.

Esta tecnología es admirada por el público; es atesorada en el llamado *primer mundo* y exigida por el resto del mundo, que la ve como fuente de esperanza y consuelo.

Pero esta tecnología aumenta sustancialmente el costo económico de la prestación de los servicios de salud. Lo hace introduciendo tratamientos novedosos, modificando otros ya existentes, ampliando sus posibilidades, o descubriendo aplicaciones nuevas. La tendencia general parece ser, como bien indica la Organización Mundial de la Salud, agregar tratamientos más caros para enfermedades que afligen a un número menor de personas:

- Quimioterapias para el caso del cáncer.
- Cirugía cardíaca para enfermedades del corazón.

2. Tensión entre cura y cuidado

Otra dificultad es equilibrar o superar la tensión entre cura y cuidado. Aunque cura y cuidado se entrelazan, el excesivo acento en la cura conduce a menudo al menosprecio y desatención del cuidado. La intensa y con frecuencia costosa guerra contra enfermedades fatales tales como cáncer, infartos, accidentes cerebrovasculares, etc., genera a menudo faltas de compasión, de empatía y de realismo ante nuestra propia condición de seres mortales.

De modo que las profesiones de salud que recurren a técnicas sofisticadas y a la vez orientadas a la intervención curativa (*medicina agresiva*, decimos en Puerto Rico) generan una medicina demasiado costosa y por eso difícil de ponerla equitativamente a disposición de las mayorías. Es decir, hay un límite de lo razonablemente pagable, de lo políticamente sustentable y de lo que el mercado

puede ofrecer en leal competencia (costos de drogas para la impotencia, el cáncer, la esterilidad, etc.).

3. *Aumento de la población envejeciente*

Una tercera dificultad es el aumento, ahora a nivel mundial, de la población envejeciente. En las próximas décadas se duplicará el número de personas mayores de 55 años. En sí misma, una población envejeciente no aumenta dramáticamente el costo de la asistencia médica. Pero sí lo aumenta la combinación de los diversos cuidados médicos, de enfermería, etc. Esto adquiere particular relevancia en el caso de pacientes crónicos o internados en hogares geriátricos, etc.

La geriatría, especialidad en rápido crecimiento, no sólo intenta superar las barreras biológicas del envejecimiento sino que reconoce las exigencias nuevas del envejeciente contemporáneo. Este es más ilustrado y consciente de sus derechos que los de otras épocas, y está al tanto de los desafíos que se le plantea a la investigación.

4. *Demanda de salud y mercado*

Una dificultad que ha generado mucha controversia pública es la demanda de salud por parte de la población y los recursos de salud manipulados por el mercado. (*"Reforma de salud"* en Puerto Rico – *"Health Managed Care"* E.G.A.). Los logros de la medicina, la confianza pública en su eficacia y el aumento de estados de enfermedad crónicos han contribuido a aumentar la exigencia pública de servicios de salud.

Por su parte, las profesiones de salud se van transformando en industria; y la relación médico - paciente, en un pacto comercial. El mercado, las leyes de recursos disponibles y la demanda pública llevan a las *"industrias"* de salud a invertir grandes cantidades de dinero en la investigación, a innovar continuamente, a interesarse en las ganancias, a promover la venta de fármacos e instrumentos entre el público y los profesionales. Los gobiernos que promueven la privatización recurren al mercado para suministrar servicios de salud.

En primera instancia, los mercados responden a las necesidades, deseos y preferencias de los individuos y no tanto al bien común. Desde una perspectiva histórica, las sociedades tienen dificultades con el control de costos debido a las leyes mismas del mercado. Por otro lado, el mercado con frecuencia suministra servicios o asistencia de alta calidad, al menos para un segmento privilegiado de la población. Vale decir, puede limitar el acceso al cuidado óptimo, poniendo así en desventaja a una población mayor, la cual tendría que conformarse con un mínimo. En suma, con demasiada frecuencia el mercado busca eficiencia y no equidad.

En los EE.UU., y creo que también en Latinoamérica, se imponen las estrategias del mercado y de la privatización. ¿En qué medida estas estrategias pueden afectar la integridad de la medicina? Ellas podrían menoscabar el énfasis tradicional de la

medicina en la relación fiduciaria entre médico y paciente, el altruismo y la confianza en la benevolencia del médico.

5. *Fascinación por el progreso técnico*

Otra dificultad para la medicina contemporánea es la fascinación por el progreso científico. La ciencia ha sido y seguirá siendo un estímulo positivo para el desarrollo del cuidado de la salud. Pero cierto grado de fascinación por ella, sin actitud de discernimiento o crítica, genera una visión utópica de la mortalidad, sensacionalismo ante los descubrimientos científicos, impaciencia frente a la cautela de los experimentos clínicos y una concepción de la técnica como magia.

El deseo de progreso conduce a más rendimiento e innovación pero, a la vez y paradójicamente, agrava la frustración o el descontento ante el nivel logrado, que no agota aún las posibilidades futuras.

Y así, gradualmente, la medicina deja de ser sólo un medio para contrarrestar la enfermedad o dolencia, transformándose en un recurso para ampliar el horizonte de opciones y posibilidades. La medicina se convierte en un instrumento neutral a merced de *clientes* que pagan por el servicio.

6. *Medicalización*

Cada día se escucha más la frase: *medicalización de la vida*. El poder de la medicina y de las profesiones aliadas para cambiar y modificar el cuerpo humano y ampliar el horizonte de las posibilidades de intervenciones biológicas, genera la tendencia a interpretar los problemas de la vida como cuestiones médicas pasibles de tratamientos clínicos.

La medicalización puede definirse como la aplicación del conocimiento y técnicas médicas a problemas sociales o personales que no presentan sintomatología física o fisiológica. Algunos consideran que la medicina debe intervenir ante la ansiedad existencial, la tristeza, la violencia y la promiscuidad moral. Ahora bien, cuando un problema personal es clasificado como "*médico*", ello puede suponer menor culpabilidad en el "*paciente*"; además, cuando el caso es considerado como médico, en algunos países se puede recibir fondos públicos para la atención del mismo.

La medicalización puede empañar la finalidad y responsabilidad propias de la medicina y, lógicamente, aumentar su costo.

7. *Perfeccionamiento de la naturaleza humana*

Una dificultad final que el tiempo no permite identificar es el supuesto "*perfeccionamiento*" de la naturaleza humana. Se trata de esperar de la medicina no

sólo la superación de los cuadros patológicos y la rehabilitación del paciente, sino la intervención para mejorar o inclusive diseñar una naturaleza humana óptima. Las intervenciones en el orden genético y la asistencia médica técnica en la procreación humana son ejemplos de esta expectativa.

Objetivos de la medicina

Para concluir esta parte de mi presentación, nos preguntaremos por qué es necesario formular los objetivos de la medicina y las profesiones anejas. Pues bien, hay que hacerlo por las siguientes razones:

1. Económicas

La prestación de la asistencia médica debe ser justa, equitativa, eficaz y eficiente.

2. Clínicas

Se debe integrar la cura al cuidado, y la superación de la enfermedad al concepto de calidad, dignidad y santidad de la vida.

3. Sociales

Necesidad de promover un realismo saludable.

4. Filosóficas

Necesidad de establecer rumbos o metas coherentes y consistentes.

Sin pretender asignarle prioridad a un objetivo en desmedro de otro, sí es necesario reconocer que la *definición de salud* representa una cuestión central del proyecto.

A nivel de experiencia personal, la salud puede ser definida como *bienestar general e integridad de mente y cuerpo*. Se caracteriza por la ausencia de un malestar suficientemente serio como para impedir que una persona actúe según sus objetivos vitales en las circunstancias sociales y laborales ordinarias.

Esta definición se aparta un poco de la influyente definición de la *Organización Mundial de la Salud* (1947) para quien la salud es el bienestar físico, mental y social *completo*. Esta definición resulta utópica, si bien tiene la virtud de no reducir la salud a lo meramente corpóreo. En todo caso define a la salud como un estado *óptimo*, no perfecto o ideal.

La ausencia de salud puede definirse diferenciando los siguientes estados:

1. El *malestar* (malady) es el más amplio, e incluye otras fallas funcionales además de la enfermedad, tal como impedimentos, lesiones y defectos. Sus causas no pueden ser externas (violencia) sino internas.
2. La *enfermedad* (disease) consiste en un mal funcionamiento fisiológico o tal vez mental que se aparta de la norma estadística.
3. La *dolencia* (illness - sickness) es el sentimiento subjetivo de la persona que sufre un impedimento. La enfermedad, en el sentido de *sickness*, se refiere a la percepción y evaluación social de un impedimento que afecta una persona, y por lo cual se la puede excusar o culpar.

Mencionamos ahora los cuatro objetivos o valores principales de las profesiones de salud en general y de la medicina en particular, en su proyección hacia el siglo que despunta. Las prioridades pueden variar en relación con la cultura, las personas individuales e inclusive en relación con una misma persona en el curso de su vida.

1. Prevención de enfermedades y daños, y promoción y mantenimiento de la salud

Existen tres razones para avalar este objetivo

1. El sentido común reconoce que es preferible *prevenir enfermedades* y daños, de modo que es un deber de los profesionales de la salud educar y asistir para que la gente conserve su salud. Permanecer saludables. En este sentido se debería poner mayor énfasis en la prevención de la salud en el caso de niños y adolescentes.
2. Alta probabilidad de que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud tengan *ventajas económicas* - al menos a largo plazo - en lo que hace a la reducción de enfermedades crónicas y disminución de la necesidad de intervenciones en casos agudos mediante tecnologías complejas y costosas.
3. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad representan una concreción cabal de la tarea propia de las profesiones de salud en cuanto a su *responsabilidad social*.

De lo aquí planteado no debe deducirse que se pueda dominar incluso la muerte, ya que esta realmente sólo se puede posponer. Tampoco que se pueda eliminar las enfermedades, ya que la experiencia indica que, cuando se supera una enfermedad, aparece luego otra que a veces resulta más resistente aún a las intervenciones clínicas.

Obstáculos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades:

1. Existe evidencia de que resultan *materialmente costosas*.
2. La función de promoción y prevención no opera sola sino en *interacción con otros factores* considerados más importantes para la salud, tales como la educación, el nivel económico, la clase social y las oportunidades de empleo e influencia.
3. El acento del Estado en la promoción y prevención pueden ejercer *una presión indebida* sobre la conducta de los pacientes individuales o implicar una actitud acusatoria cuando no se observan las normas preventivas.
4. A esto añadimos el *factor genético*, que sigue insinuándose como influyente e incluso determinante en la aparición de la enfermedad.

Creo que lo más importante para *la ética* es insistir en que la promoción de la salud es expresión de un principio fundamental: el principio de beneficencia. Por su parte, la prevención del daño se funda en el principio de no maleficencia como el mínimo a cumplirse en cuanto a las obligaciones sociales.

2. Control del dolor y alivio del sufrimiento

El dolor se define como un desasosiego físico severo que puede experimentarse como punzante, abrasador, etc. En cambio el sufrimiento es un estado psicológico de opresión o carga típicamente descrito como temor, angustia, depresión, aislamiento, desorientación y desintegración existencial.

El dolor conduce al sufrimiento, pero no cuando es pasajero o se lo reconoce como parte esencial de una terapia curativa. Por su parte el sufrimiento no siempre incluye el dolor, como bien lo ilustra el sufrimiento de la enfermedad mental y de las ansiedades de la vida diaria.

En lo que atañe al control y manejo del dolor, los estudios revelan que los médicos adoptan diversas actitudes en su práctica del cuidado paliativo. Existen barreras legales y culturales en el área del control efectivo del dolor, y asimismo poca educación formal en los recursos contemporáneos para su control.

La compleja medicina paliativa debe cultivarse como complemento de la denominada medicina curativa.

El alivio del sufrimiento es aún subestimado por muchos médicos. Unos lo reducen a categorías sintomatológicas de dolor y prescriben fármacos para su tratamiento; otros lo desestiman, considerándolo como algo que está fuera de su área de competencia y derivan su tratamiento a otros profesionales: asistente social, ministro religioso e inclusive la familia. Es preciso que el médico tome conciencia de la totalidad de la persona de su paciente; que advierta la medida en que el sufrimiento repercute negativamente en la condición patológica cuando no es atendido debidamente con una actitud de empatía y compasión.

A menudo el paciente experimenta una dolencia sin aparente condición patológica, orgánica, es decir, sin enfermedad. En este sentido, un área que las profesiones de salud deben atender con mayor esmero es la de la salud - enfermedad mental: desde las más severas como la esquizofrenia y la depresión maniática, hasta las neurosis, fobias y desórdenes de carácter que agobian a un número creciente de personas en la actualidad. La naturaleza misma de los problemas mentales, a veces carente de base patológica de tipo físico (enfermedad), se presta para que se ignore o se menosprecie el sufrimiento.

¿En qué medida o grado de intensidad la medicina y las profesiones de salud anejas deben esmerarse por aliviar el *sufrimiento*? Una opción ampliamente discutida (pero de mínima aceptación legal y escaso consenso ético) es la del suicidio médicamente asistido.

Algunos argumentan que la vida humana en sí carece de santidad y de dignidad, y que lo que le otorga valor o calidad son aspectos funcionales tales como la conciencia, autoconciencia, reflexión, autonomía, interacción personal, etc. De modo que cuando estas funciones desaparecen o están severamente disminuidas, la vida humana pierde valor y conservarla no tiene sentido. El individuo opta entonces por el suicidio como opción racional. Máxime cuando esa vida funcionalmente deteriorada supone dolor, sufrimiento, inclusive el abandono por parte de otras personas y, peor aún, depende para existir de técnicas y recursos costosos. En tal caso el suicidio se ve como derecho de carácter positivo que exige la intervención - vista como *deber* - de asistir al suicidio.

Dado que el profesional de salud está capacitado para conocer la composición y uso efectivo de fármacos letales, se argumenta que tiene el deber de aliviar el sufrimiento asistiendo al incapacitado de suicidarse. Y ello en virtud del principio de beneficencia y justicia.

Si regresamos al punto de partida de lo que hemos dicho sobre la vida humana, en el sentido de que la afirmamos como un valor, no absoluto pero sí fundamental, religioso, sagrado y secular, como algo que tiene dignidad propia, entonces el médico debe contrarrestar los argumentos en pro del suicidio aliviando cada componente del dolor o sufrimiento. Y lo hará mediante el control del dolor, la empatía, la compasión o misericordia respetuosas, la educación y la consejería espiritual.

En suma, hay que distinguir entre las distintas fuentes de sufrimiento. Una es la condición patológica en sí misma; otra puede ser la incertidumbre y ansiedad ante el futuro, etc.

Frente al sufrimiento, los profesionales se presentan no sólo como expertos técnicos sino como personas que pertenecen a la comunidad humana y por lo tanto son vulnerables y contingentes; y son también miembros del Cuerpo Místico de Jesús.

En todo caso la medicina tendrá que reconocer sus límites, y dejarse complementar por las profesiones de servicio al moribundo.

3. El cuidado y cura de los enfermos y el cuidado de los incurables

Con frecuencia las personas acuden al médico (con quien establecen una relación personal) no sólo para ser curados de sus enfermedades, sino para ser comprendidos y aconsejados. Se presentan como personas que sufren y buscan *cuidado*, lo cual, en el mejor de los casos, incluye cura.

En su empeño por *curar* utilizando tecnología compleja y asumiendo una perspectiva de objetividad científica, la medicina moderna ha subestimado la importancia del cuidado en la educación y práctica clínica.

Cuidar no es sólo manifestar preocupación, empatía y disposición al diálogo con el paciente. Es también la capacidad de escuchar y hablar de modo que manifieste su conocimiento y aprecio de los servicios sociales y pastorales disponibles para atender las necesidades no clínicas del paciente y de los familiares.

Sanar, como función médica, incluye curar dentro del contexto del cuidado. Se trata de incorporar el conocimiento científico y la destreza técnica a la sensibilidad humanista.

Entre el curar y el mero cuidar insertamos el *rehabilitar* que comprende diversos grados de restauración o modificación de funciones normales hasta un grado de adaptación viable al ambiente. La rehabilitación incluye asimismo una serie de recursos para detener el deterioro degenerativo que acarrear las enfermedades crónicas. En ambas posibilidades la medicina de la rehabilitación exige mucho tiempo y atención individualizada.

Dado el aumento de la proporción de personas envejecientes con problemas crónicos en la población, indudablemente el cuidado y la rehabilitación como medios para redefinir y orientar la vida del paciente y controlar los síntomas sin poder curar, cobrará más importancia en la formación de los profesionales de la salud.

3. Evitar la muerte prematura y promover una muerte pacífica

La medicina debe procurar una armonía entre las intervenciones intensas para vencer la posibilidad de morir y una aceptación honesta y humilde de la muerte como realidad inherente al ciclo vital. El tratamiento médico debe facilitar y no impedir una muerte pacífica. No se puede *"tecnologizar"* o reducir a un proceso artificial la vivencia del morir. Por otra parte, una *"muerte natural"* sin asistencia paliativa puede ser muy cruel y, hoy en día, innecesaria.

El concepto de *"muerte prematura"* se resiste a una definición exacta y precisa; admite incluso variaciones históricas y culturales por estar ligado al nivel de los conocimientos, técnicas y arte de la medicina de cada época. A modo de

denominador común de estas variaciones podemos decir que una muerte puede considerarse prematura cuando la persona muere antes de tener la oportunidad de experimentar las posibilidades principales que definen el ciclo natural de la vida adulta (educarse, vincularse personalmente, establecer y conducir a su plenitud una familia) o, sencillamente, morir antes de realizar el proyecto vital que individualiza a una persona. Aún en caso de edad avanzada, una muerte podría ser juzgada prematura si la vida del envejeciente puede conservarse o extenderse sin grandes riesgos y pesares.

Por otra parte, no es médicamente indicado prolongar un proceso de morir echando mano de recursos para sostener los signos vitales, cuando el pronóstico de sobrevivida del paciente es desalentador. La ética clínica del futuro debe discernir entre mantener, por un lado, la vida de una persona, sosteniendo signos vitales (con integración del tallo cerebral) que no acusan aún un deterioro irreversible y, por otro, mantener artificialmente una corporeidad en deterioro irreversible.

La tarea asignada a la ética clínica de evaluar y precisar el momento de morir es compleja. Pero aún más lo es la definición de muerte *pacífica*. ¿En qué consiste la paz, o mejor dicho, qué se *entiende* por paz en el contexto personal y espiritual (y no sólo fisiológico) del morir?

Clínicamente hablando, una muerte pacífica es la vivencia de morir tan libre de dolor y sufrimiento como el cuidado paliativo lo permita. La medicina o las profesiones de salud en general no pueden garantizar la serenidad en el morir como tampoco ser responsables de lo que cada persona trae a ese momento crucial del ciclo de su vida.

Pero la medicina puede también evitar hacer referencia a la muerte y tratarla como si fuese un accidente biológico evitable, o un fracaso médico. Tarde o temprano los recursos disponibles para la intervención clínica acabarán por ser fútiles. En ese momento el médico se ha de reconocer a sí mismo vulnerable, contingente, potencialmente pasible de dolor, sufrimiento y muerte. De este modo se le hace más fácil aceptar las limitaciones inherentes a su ciencia, arte, técnica.

El objetivo correcto de la medicina en estos casos es promover el bienestar de los pacientes y sostener la vida cuando es posible y razonable. Pero asimismo reconocer que, en virtud de su lugar propio en el ciclo de la vida, la muerte no es en sí un enemigo. Sí podría serlo la muerte prematura y evitable, o la muerte asociada al dolor y el sufrimiento. Ante todas estas posibilidades la medicina cuenta con recursos disponibles a nivel global. Por su parte el paciente, enfrentado a las mismas, debe participar por adelantado, aceptando y excluyendo recursos mediante el ejercicio de sus derechos, evitando optar el suicidio médicamente asistido.