

Tema de reflexión

Bioética y ética médica: Un análisis indispensable

Joaquín Ocampo Martínez¹¹Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

La medicina es una praxis tan antigua como la humanidad, que en el transcurso del tiempo se ha basado en diversas clases de «saberes» y conocimientos que aún coexisten –entre ellos el científico-técnico–, y que en general ha tenido como objetivos: aliviar el dolor, curar las heridas, y también prevenir y diagnosticar enfermedades, así como proporcionar tratamiento y rehabilitación a los enfermos.

Por el carácter intersubjetivo de la relación médico-paciente, en función de los fines específicos de la medicina, los médicos identificaron en su quehacer una dimensión moral. La praxis médica fue quizás una de las primeras actividades humanas en donde se contempló la necesidad de establecer preceptos morales por el propio gremio, en lo referente a ciertas nociones acerca de las implicaciones «buenas» y «malas» de una acción médica.¹ Desde entonces las diferentes normas establecidas se han sustentado en la ideología o cosmovisión propia del momento histórico y del contexto sociocultural en el que han vivido los médicos que las han ideado.²

En la práctica médica del mundo antiguo, las reglas y actitudes morales exigidas a los médicos tuvieron una fuerte influencia de las religiones vigentes. En la medicina griega del siglo V a.C., por ejemplo, el juramento prescrito por la secta de los médicos hipocráticos establecía una serie de preceptos morales que el médico debía observar en torno a la salud y a la vida del enfermo, como un compromiso con los dioses de la medicina y la salud, pero no con los enfermos ni con la sociedad.^{3,4}

A lo largo de la historia de la medicina los propios médicos han establecido diversos códigos morales. En la medicina contemporánea, el primer código ético médico (1847) fue redactado por la Asociación Médica Americana, agrupación aún existente,⁵ y se integraron al texto del juramento hipocrático, elementos de la moral judeo-cristiana, así como ciertas reglas de etiqueta social.⁶ Poco antes de la Segunda Guerra Mundial y sobre todo después de ella, esta orientación moral médica *quasi religiosa* ha sido continuada por la denominada Asociación Médica Mundial que en 1948 signó una versión modernizada del juramento hipocrático conocida como Declaración de Ginebra. Existen otras declaraciones semejantes por parte de la misma agrupación que abordan tópicos específicos: Declaraciones de Oslo, Tokio, Sydney, Hawái, etc.⁷

Los textos

Es necesario señalar algunas características generales de estos textos, que en su conjunto han pretendido normar la conducta moral de todos los médicos, constituyendo así lo que se ha identificado como «ética médica tradicional».⁸

- Por su estructura es un conjunto de preceptos contenidos en textos antiguos y modernos, muy similares, en donde se manifiestan las diversas orientaciones religiosas o *quasi religiosas* de quienes los han prescrito, acerca del acto médico y de la relación médico-paciente. Ejemplo de ello es lo mencionado en el juramento hipocrático en cuanto a que «... viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura»⁹ o los preceptos de la Declaración de Ginebra: «*Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad*»; «*Mis colegas serán mis hermanos*»¹⁰
- Con excepción de algunos textos muy recientes que se han redactado ya en el ámbito del discurso bioético –como se verá más adelante–, prácticamente toda la ética médica tradicional ha tenido, por su propia orientación, una visión histórica, abstracta y descontextualizada de médicos y enfermos que se ha traducido en una noción paternalista de la actitud del médico frente al paciente y que propicia, en gran medida, una relación de poder; en este sentido se ha planteado que el médico es como un padre para el enfermo. El paciente es siempre un ser incompetente e incapaz de tomar decisiones sobre su estado y condición y del que sólo se espera sumisión y obediencia a los mandatos del médico, así como una confianza absoluta hacia él. De esta manera, al establecer que el médico debe actuar en beneficio del paciente, sólo se refiere a lo que el médico cree que es bueno para el paciente, pero no a lo que el paciente cree que es bueno para sí mismo: «El médico debe proteger al paciente –en todos los casos, sin excepción–, aun de sí mismo y en contra de su voluntad».¹¹ Curiosamente, esta actitud paternalista se sigue observando en la formulación reciente de diversos textos sobre los derechos de los pacientes, como la Declaración de los Derechos del Paciente de la Asociación Americana de Hospitales (1973), la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (1981), etc., que han sido estableci-

das por el gremio médico, pero no por los propios pacientes.¹²

- La visión abstracta, descontextualizada y ahistórica de médicos y enfermos, y del ejercicio de la medicina que prevalece en la ética médica no contempla la naturaleza plural que siempre ha tenido la sociedad, ni el hecho de que las condiciones en que se ha ejercido la medicina, los recursos médicos y la percepción de la enfermedad se han modificado a lo largo de la historia de la humanidad. Por otro lado, la gran mayoría de los textos de ética médica tradicional no contemplan que los médicos, no solamente tienen responsabilidades con los pacientes que los consultan, sino también con la familia y con la sociedad en su conjunto, en lo que a su salud se refiere.¹³
- Es de notar, por otra parte, que si bien los grupos médicos que han redactado estos textos han tenido la clara intención de que su observancia sea universal, esto no ha sucedido en la práctica. No hay evidencia histórica, por ejemplo, de que los preceptos contenidos en el juramento hipocrático hayan sido reconocidos y practicados por todos los médicos, ni siquiera en la propia Grecia.¹⁴ Aun hoy día sería interesante conocer –al menos en nuestro medio– si todos los médicos en ejercicio tienen un conocimiento pleno de este documento; si en realidad es y ha sido su guía de conducta moral profesional, y si hay razones suficientes para sostener que es posible, en la actualidad, observar cabalmente todos sus preceptos, sin excepción.
- El conjunto de textos que conforman la ética médica corresponde más bien a una deontología, es decir, a una moral profesional, y no a una ética en sentido estricto. Moral y ética no son sinónimos: mientras que la moral es un sistema de normas para regular las relaciones entre los miembros de una comunidad, con base en ciertas nociones sobre «lo bueno» y «lo malo» de una acción, derivados de la costumbre o de la tradición, la ética es un quehacer cuya tarea es precisamente la evaluación racional y la reflexión y argumentación, sobre todo lo que concierne a la moral (normas, principios, actitudes, moralidad, valores, etc.) considerando todas sus implicaciones en tiempo y espacio.¹⁵⁻¹⁸ Dado el origen *sui generis* de los textos morales médicos es evidente que, en la práctica, ninguna de las agrupaciones médicas que los han formulado se han fundamentado en algún sistema de bases filosóficas. Por ello es que estos documentos han carecido de una ética reflexiva que los sustente, pues la ética desarrolla criterios que hacen posible la formulación de juicios acerca de una acción.^{19,20} Se debe señalar que en esta moral médica, particularmente el juramento hipocrático ha sido sometido en diferentes épocas a cuestionamientos y críticas, por la pérdida de vigencia de varios de sus preceptos.^{21,22}
- Por ser textos cuyo contenido es eminentemente de carácter moral, el cumplimiento de sus normas apela solamente

a la conciencia del médico, pero no establece ninguna sanción en el caso de su incumplimiento, lo cual explica su no observancia real en muchos casos.

La bioética

En los últimos 30 años, la moral médica tradicional en su conjunto, se fue convirtiendo gradualmente en objeto de atención dentro y fuera de los espacios de la atención a la salud,²³ producto de la toma de conciencia social sobre las nuevas expectativas que para la vida y la salud representan los diversos avances de la biomedicina, y sobre los derechos humanos y las violaciones de que han sido objeto.

El primer caso de esta toma de conciencia se generó por el advenimiento de la diálisis peritoneal, los trasplantes de órganos, los anticonceptivos orales, el diagnóstico prenatal instrumentalizado, la multiplicación de unidades de cuidados intensivos y respiradores artificiales –entre otras estrategias de atención–, agregándose paulatinamente a todo ello, inéditos avances de la genética médica como la medicina genómica y la terapia génica, y de la biología de la reproducción como la fertilización *in vitro*, y la anticoncepción de emergencia.

Por otro lado, la relación médico-paciente de carácter tradicional avalada por un conjunto de textos morales comenzó a entrar en crisis, desde mediados del siglo próximo pasado, producto de los efectos de un proceso de deshumanización de nuestra práctica profesional, como resultado de la comercialización y mercantilización de la medicina y de la despersonalización del acto médico que, en lo general, los médicos fuimos incapaces de superar, pese a algunos esfuerzos aislados.

En consecuencia, la sociedad comenzó a tomar conciencia de la deshumanización: soberbia y abusos de confianza por parte de algunos médicos; intervenciones quirúrgicas injustificadas; anarquía en el monto de los honorarios profesionales; investigaciones médicas sin conocimiento de los sujetos participantes –aun con la existencia de una normativa formulada *ex profeso*–; percepción del enfermo como un expediente o una fuente de ingreso económico; mala práctica profesional, ocultamiento de información indispensable para el paciente en lo concerniente a su estado de salud, etc. El resultado de todo ello fue, por parte de la sociedad, la pérdida gradual de la confianza en los médicos y en la dinámica general de la atención a la salud privada y pública.²⁴

En décadas recientes se tomó conciencia de manera progresiva, de que los problemas y dilemas morales son consecuencia de una problemática más amplia y de que para su abordaje y solución es indispensable hacer una reflexión profunda y detenida sobre las bases éticas en que debe cimentarse la conducta de los médicos, en virtud de que el apego irrestricto a los preceptos morales contenidos en los juramentos, códigos y declaraciones tradicionales, pese a sus eviden-

tes buenas intenciones y a su incuestionable valor moral, es insuficiente.²⁵

Es en este contexto y marco de necesidades que surge el pensamiento bioético. Aunque el término «bioética» fue acuñado en 1971, a propósito de la necesidad de reflexionar sobre el uso irracional de la ciencia y la tecnología por su impacto en la biosfera y el ambiente,²⁶ y la necesidad de hacer una reflexión ético-filosófica sistematizada y cuidadosa sobre los dilemas originados por la práctica de la medicina contemporánea, la necesidad de ampliar el conocimiento médico, el uso de nuevas terapéuticas y sobre todo de una nueva concepción de la relación médico-paciente más justa, objetiva, racional y equilibrada.^{27,28} En este sentido, hemos de definir a la bioética –desde sus orígenes–, como **un área de reflexión ética acerca de las múltiples implicaciones de las relaciones del hombre con el fenómeno de la vida en general y con el fenómeno de la vida humana en particular**. Siendo la bioética un campo de reflexión tan amplio, se debe señalar que los temas y problemas que aborda incluyen por lo menos tres categorías: los que corresponden a las implicaciones naturales y sociales de la relación del hombre con los ecosistemas, particularmente con la biosfera; los que tienen que ver con las implicaciones de los avances de la ciencia y la tecnología, y los que se generan en el ámbito de la atención a la salud.

Dichas categorías obviamente se traslanan. Gracias a su acción sobre el ambiente, por ejemplo, el hombre ha podido sobrevivir a lo largo del tiempo desde que inventó la agricultura, la ganadería y las técnicas para la distribución artificial del agua, además de que su capacidad le ha permitido, en el campo de la medicina de base científico-técnica, privar de la vida a millones de gérmenes que le ocasionan enfermedades infecciosas y crear técnicas quirúrgicas, entre otros logros. Por otro lado, la tala inmoderada de bosques y la infición y contaminación del agua, el aire y el suelo, resultado del desarrollo industrial, ha contribuido a generar condiciones propicias para la aparición de otros problemas, como el incremento de ciertas entidades patológicas, entre ellas las enfermedades neoplásicas.

Sin embargo, es posible a partir de esta división arbitraria de los problemas que incluye el campo de la bioética, hablar de la **Bioética de la atención a la salud** como área de la filosofía de la medicina que tiene como objeto de reflexión, las múltiples implicaciones de la relación del hombre con el fenómeno de la vida humana en particular, en todo lo que a la atención a la salud se refiere y por lo tanto compete, de manera directa, a los médicos, pero además a otros profesionales, en virtud de que la atención a la salud de la población, corresponde al equipo de atención a la salud, conformado también por enfermeras, odontólogos, psicólogos clínicos, etc., en el marco de respeto a los derechos humanos y de la exigencia de responsabilidades tanto a estos profesionales como

a los pacientes, considerando la naturaleza plural que siempre ha caracterizado a la sociedad humana, en cuanto a diferencias religiosas, socioculturales, económicas, étnicas, entre otras.

Es en el marco de la bioética de la atención a la salud que la reflexión ética responde a preguntas como: ¿los profesionales de la atención a la salud sólo tienen obligaciones, pero no derechos?; ¿los pacientes tienen derechos pero no responsabilidades, considerando entre otras, que cada individuo es el primer responsable del cuidado de su salud y no los médicos?; ¿es legítimo exigir en los profesionales de la atención a la salud un comportamiento ético, o por lo menos moral, en circunstancias de ejercicio que no lo hacen posible?; ¿se debe exigir al profesional que se comprometa «solemnemente» a «consagrarse su vida al servicio de la humanidad» –como señala la Declaración de Ginebra–, desconociendo que también tiene responsabilidades familiares y como ciudadano?; ¿hasta dónde un profesional de la atención a la salud, puede poner en riesgo su vida en aras de la vida de los demás?; ¿procede convertir ideales morales en deberes estrictos, cuando hay obligaciones exigibles y factibles de cumplir como la de actualizar los conocimientos, asumir una actitud de tolerancia, respeto y apertura hacia el paciente en un clima de equidad, civilidad y madurez, entre otras muchas?

Por otra parte, ¿tiene alguna argumentación racional poner límites absolutos a la investigación médica –sólo por las actitudes reprobables de algunos investigadores en ciertas épocas–, pasando por alto que la humanidad ha logrado sobrevivir en gran medida gracias a ella?; ¿los profesionales pueden ignorar, el marco jurídico que regula el Estado de Derecho de un país, sin tomar en cuenta la complejidad de la sociedad plural?; ¿cuáles son los fines de la atención a la salud por parte de los profesionales y cuáles sus límites éticos?; ¿cuál es la nueva dimensión ética de la relación médico-paciente y del acto médico ante las transformaciones sociales y los logros de la biomedicina?

Es incuestionable el hecho de que actualmente, ya no es posible esperar que los médicos, enfermeras, odontólogos, etc. puedan regir su conducta moral profesional, sólo con las normas de la «ética profesional» tradicional que resultan ya insuficientes.

Al respecto cabe aclarar que el término «bioética» comenzó a ser utilizado, desde principios de la década de los 80 del siglo XX, por teólogos como E. Sgreccia, C. Viafora, etc. quienes desde su propia perspectiva religiosa (católica, anglicana, etc.) han seguido planteando, por motivos obvios, la observancia absoluta y acrítica de las «éticas profesionales» tradicionales.^{29,30} Este discurso teológico difundido por algunas asociaciones y algunas universidades privadas, no conceptualiza al hombre como unidad biológica, psicológica y social, sino como «ser biopsicosocio-espiritual» desde la visión abstracta y descontextualizada, ya descritas, y lo

priva de su capacidad para proponerse fines sólo a través del ejercicio de sus propias facultades y del apoyo mutuo.

Este planteamiento no ha dejado de crear cierta confusión en el ámbito académico, puesto que no corresponde a la orientación que desde su origen ha tenido la bioética –un enfoque objetivo y multidisciplinario–, justamente como una ética reflexiva orientada al análisis, la evaluación y argumentación racional de todo lo que compete a la dimensión moral de la atención a la salud, e incluye a la normativa contenida en las «éticas profesionales» tradicionales.

Para ello necesitamos en principio de un conocimiento, por lo menos general, de cuál ha sido el desarrollo del conocimiento médico y de la atención a la salud durante las últimas décadas, además de contar con una formación bioética básica que contemple aspectos ético-filosóficos y que en principio se puede empezar a lograr a través del análisis y revisión de artículos publicados en las cada vez más numerosas revistas internacionales, especializadas e indexadas, pertenecientes al campo de la Bioética de la atención a la salud, como por ejemplo: *Bioethics*; *American Journal of Bioethics*; *Bioethics Bulletin*; *Theoretical Medicine and Bioethics*; *Health Care Analysis*; *Hastings Center Report*, *Journal of Clinical Ethics*, etc., además de diversas editoriales y artículos de contenido bioético, que aun sin utilizar el término bioética, han publicado desde hace cuatro décadas revistas médicas tan prestigiadas como *British Medical Journal*; *New England Journal of Medicine*; *Journal of American Medical Association (JAMA)*, etc. En México existe la Revista Mexicana de Bioética de reciente creación y algunas revistas médicas indexadas que han publicado artículos sobre el área y que se pueden obtener en páginas electrónicas como IMBIO-MED, entre otras.

Finalmente, hay que mencionar que es una responsabilidad de las escuelas y facultades de medicina, enfermería, odontología, etc. de las universidades públicas, contemplar en sus planes de estudios profesionales de pregrado y de posgrado, una verdadera formación bioética, sólida, coherente con los nuevos desafíos que en la sociedad actual, enfrenta la dimensión ética de la atención a la salud de carácter profesional.

Referencias

1. Mason CS. Nature and Role of Codes and Other Ethic Directives. En Reich, W. Encyclopedia of Bioethics. 2a. ed. New York: The Free Press, 1995.
2. Sohl P, Bassford HA. Codes of Medical Ethics: Traditional Foundations and Contemporary Practice. Soc Sci Med 1986; 22: 1175-79.
3. Biblioteca Clásica Gredos Tratados Hipocráticos 1. Madrid: Gredos, 1990.
4. Frese PR. Tradition. En Mircea, E. Encyclopedia of Religion. New York: Mc Millan Publishers Co., 1987.
5. Council on Ethical and Judicial Affairs: Code of Medical Ethics. Current Opinions with Annotations. Chicago: American Medical Association Press., 2000-2001.
6. Baker RB. The American Medical Ethics Revolution. Baltimore: The John Hopkins University Press., 1999.
7. Gillon R. Medical Oaths, Declarations and Codes. British Medical Journal 1981; 290: 1194-96.
8. Harris J. Bioethics. Oxford: Oxford University Press, 2001.
9. Biblioteca Clásica Gredos Tratados Hipocráticos 1. Madrid: Gredos, 1990.
10. World Medical Association Inc. WMA Policy. Declaration of Helsinki 2000. http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html (Acceso: 10/06/2006)
11. Gracia D. La Práctica de la Medicina. Bioética para Clínicos. Madrid: Triacastela, 1999.
12. Organización Panamericana de la Salud. Carta de los Derechos del Paciente. En: Bioética: Temas y Perspectivas. Washington D.C.: OPS, 1990.
13. Veatch R. Duty to the Patients and Society. Cases Studies in Medical Ethics. Harvard: Harvard University Press., 1977.
14. Edelstein L. The Hippocratic Oath. En: Lafán-Entralgo. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Universidad, 1983.
15. Piepper A. Ética y moral. Barcelona: Crítica. 1991.
16. Guariglia O. Moralidad, ética universalista y sujeto moral. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
17. Patzig G. Ética sin metafísica. Citado por Piepper A. Ética y Moral. Barcelona: Crítica, 1991.
18. Velasco GA. Ética e Historia, en Villoro L. Los linderos de la ética. México: Siglo XXI Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
19. Gillon R. Medical Oaths, Declarations and Codes. British Medical Journal 1981; 290: 1194-96.
20. Copp D. Metaethics, en Becker, L.C. (Editor) Encyclopedia of Ethics. Tomo 1. New York: Garland Publishing Inc., 1992.
21. Marañón G. Vocación y ética. Santiago de Chile: Zig-Zag, 1935.
22. Ocampo MJ. (2001) La bioética y la crisis de la ética médica tradicional. Ann Med Am Br Cow Hosp 2001; 46(2): 92-6.
23. Pellegrino ED. The Metamorphosis of Medical Ethics: A 30-Years retrospective. Journal American Medical Association 1993; 269: 1158-63.
24. Tauber AI. Sick Autonomy. Perspectivers in Biology and Medicine. 2003; 46(4): 484-95.
25. Pellegrino ED. The Metamorphosis of Medical Ethics: A 30-Years retrospective. Journal American Medical Association 1993; 269: 1158-63.
26. Potter VR. Bioethics: Bridge to the Future. New Jersey: Englewood Cliffs Prentice Hall, 1971.
27. Churchill L. Bioethics in the context social. En: Carson RA. Philosophy of Medicine and Bioethics. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1997.
28. Jonsen AR. The birth of Bioethics: A special supplement .The Hastings Center Report 1993; 23: s1-s13.
29. Sgreccia E. Manuale di Bioética. Milano: Vita e Pensiero. 1988.
30. Viafora C. Fundamenti di Bioética. Milano: Ed. Ambrosiana, 1989.