



REPENSANDO Y RECONFIGURANDO EL SENTIDO Y LAS POSIBILIDADES DE LA BIOÉTICA *Acerca del equívoco de identificar a la bioética con la ética médica*

CARLOS EDUARDO MALDONADO

Profesor-investigador. Facultad de Finanzas, Gobierno y Relaciones Internacionales CIPE,
Universidad Externado de Colombia



Introducción

El grueso del trabajo en bioética se ha centrado en torno a los temas y problemas de la bioética médica¹. Esto ha conducido a la opinión, errónea, según la cual la bioética sería un área de interés y de trabajo, en especial vinculada con las ciencias de la salud. De esta suerte se reduciría así la bioética a la bioética médica y, ulteriormente, a la bioética clínica; esto es, dicho de manera exacta, con los dilemas del comienzo y del final de la vida. Infortunadamente, la corriente principal (*mainstream*) de trabajo en bioética en el país y en el mundo entiende y trabaja a la bioética en esta dirección. Creo que la bioética es mucho más que su identificación y reducción a las esferas de la salud, entendida en sentido clínico o médico.

Hablaré aquí como filósofo interesado en los temas de fundamentación de la bioética; es decir, el problema más difícil en bioética seguramente consistente en establecer la especificidad de la bioética y la necesidad de la misma. Los dos temas en los que me quisiera concentrar aquí son: las relaciones médico-paciente y la comunicación médico-paciente; ambos se relacionan fuertemente entre sí, y, si me permiten, quisiera abordarlos como dos caras de una misma moneda. A la luz de estos dos temas será posible arrojar alguna claridad acerca de las extensiones, significado y posibilidades de la bioética, no sólo para los profesionales de la salud sino también para todos aquellos preocupados con la afirmación, el cuidado y el posibilitamiento de la vida. Oportunamente tendré la ocasión de explicarme mejor.

1. Persona versus paciente

El primero y más sensible de los temas de la bioética es el de las relaciones de oposición, o de diferencia, entre “persona” y “paciente”. Gracias a este tema es posible avanzar, sin ambages, en la exposición acerca de la necesidad de la bioética, un tema que está lejos de ser evidente y claro, incluso entre la comunidad de quienes se dedican a la bioética. Este será, por tanto, mi primer argumento.

En efecto, inclusive entre quienes trabajan la bioética, en particular entre nosotros, existe una muy grave confusión. Se trata del error de quienes confunden, o no logran distinguir claramente, entre la ética, la bioética, la ética médica y la ética deontológica; por ejemplo, la ética de los profesionales de la salud. La bioética no es, en absoluto, lo mismo que la ética médica, ciertamente no es una ética deontológica o aplicada –por ejemplo, a la manera como se habla de ética de los negocios, o ética del medio ambiente, y expresiones similares–. Pero, en forma más radical, la bioética no es, desde ningún punto de vista, una ética. Una cosa es la ética y otra, distinta, la bioética. No se trata aquí de pensar oposiciones, sino la especificidad o la necesidad de la bioética. Quisiera aquí adoptar como hilo conductor el motivo de reflexión que convoca espontáneamente a las miradas sobre la bioética. En otros lugares he adoptado otros hilos conductores, pero no es éste el lugar para referirme a esos otros trabajos.

El tipo de relación que distingue a “persona” de “paciente” es un tema sensible para las reflexiones en bioética y para el trabajo en este campo. A primera vista, pudiera decirse que la consideración del paciente

¹ La siguiente es una versión sintética de dos conferencias que dicté en la Escuela de Salud de la Universidad Industrial de Santander en octubre de 2003.

como persona sería un asunto ético; pero la dificultad que encuentro en una afirmación semejante es la de reducir entonces la complejidad de ese tipo de relación a meros asuntos de manual de operaciones, a cuestiones próximas a reglas de buen comportamiento, en fin, a una deontología bien intencionada pero, sin que ella lo sepa, ciega. Lo que se esconde, o aquello de lo cual se trata a propósito del tipo de relación persona-paciente es, en verdad, un asunto de mucha mayor envergadura. El tema, contra todas las apariencias, no es el de reglas de buena conducta, valores y actitudes bien intencionadas y llenas de sólidos criterios, o también consideraciones motivadas por una sensibilidad hacia el sufriente o hacia la mirada o el rostro que tenemos en frente. Todo ello sería empobrecer demasiado el asunto, y reducirlo a situaciones susceptibles de ser manipuladas o instrumentalizadas fácilmente.

Por el contrario, de lo que se trata en verdad es de la comprensión y explicación del continuo salud-enfermedad, como un continuo vago. No existe el estado de la salud, como tampoco es posible hablar sensata ni razonablemente de la enfermedad como de un estado; por ejemplo, hablando de "el estado del paciente".

Si la medicina occidental nos ha enseñado que la enfermedad no existe, sino que existe el enfermo, esto significa que el portador de la enfermedad es lo primero, y no la patología. En realidad, esta idea se corresponde perfectamente con la enseñanza de ARISTÓTELES, según la cual en el contexto de la *Ética a Nicómaco* no existe la virtud sino sólo hombres virtuosos. Si en un plano la ética trabaja con individuos reales, fácticos, en situación, y no con valores, ideas o principios, por ejemplo; en otro plano, la medicina y las ciencias de la salud tratan con individuos y no, genéricamente, con portadores de enfermedades. Por lo menos así era a la luz del mundo de la Grecia clásica. Después las cosas cambiaron y mucho. La ética se convirtió en un asunto que trata de valores, actitudes, principios e ideales, y la medicina y las ciencias de la salud se redujeron al cuidado de pacientes, a la epidemiología y a la prevención y curación de enfermedades. La medicina impuso líneas de acción sobre la biología, y ambas se convirtieron en ciencias o prácticas experimentales. Esto ha sido tanto más cierto con el auge del neoliberalismo, y en Colombia se expresa en el contexto de la Ley 100. Las estadísticas —generalmente descriptivas— de las políticas de salud (ya sea a nivel nacional, regional o local, por ejemplo) imponen, por razones de política económica, la creencia en la importancia de la enfermedad sobre el enfermo, y del paciente sobre la persona.

Hay una idea básica en la que desde caminos diferentes confluyen líneas de pensamiento tan distintas como la filosofía (en particular la filosofía de la mente y las ciencias cognitivas), la psicología, el budismo o la bioética —y que es altamente fructífera para esta última: para la bioética—. Se trata del hecho que la mente crea las realidades sobre las cuales creer, y que entonces vivimos y actuamos en función de esas creencias. Pues bien, la creencia, al mismo tiempo, más soterrada y fuerte del mundo contemporáneo es la creencia de que existen enfermedades y que la enfermedad es un hecho inescapable (desde luego que es posible trazar, sin dificultades, la historia y los orígenes de esta creencia).

Lo anterior conduce al reforzamiento del dualismo que coloca a la enfermedad y a los enfermos y pacientes en un extremo, y en el otro a la experimentación, a las decisiones sobre las patologías y los pacientes, en fin, al conocimiento de la enfermedad. Exactamente en esto consiste la medicalización de la sociedad, esto es, en reducir la sociedad entera a experiencias de enfermedad real o potencial, y pensar que la acción depende de otras instancias, y recae sobre ellas, en ocasiones, incluso a pesar de ellas: en forma notable, de las instancias de la medicina. La medicalización de la sociedad sirve, así, como argumento de *felix culpa* para la bioética, con lo cual, es de creer, la bioética se extendería a todas

las esferas de la existencia humana definidas por, o circunscritas a, los dominios de la medicina. En una palabra, la medicalización de la sociedad consiste en la reducción de las experiencias humanas a experiencias médicas (la enfermedad, la salud, el nacimiento, la muerte, la alegría o la tristeza, etc.) y, ulteriormente, a experiencias clínicas.

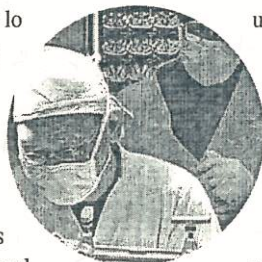
Nos enseñaron los filósofos, sociólogos e historiadores que la medicalización de la sociedad podía tener también alcances políticos, militares o económicos, por ejemplo. Una lectura reciente en este sentido es la de SUSAN SONTAG, cuando nos habla de la enfermedad y sus metáforas (de modo notable, el VIH-sida y el cáncer); esto es, como metáforas de condiciones culturales, sociales y políticas. Se nos dijo incluso que esas consideraciones eran propias de los totalitarismos, y en efecto se mencionaron las políticas del nacional-socialismo o los Gulags. Estas referencias son acertadas. Pero no alcanzamos a ver la viga en el propio ojo.

Hay la salud y hay la enfermedad, se nos dice. Y sólo sabemos de la primera cuando la hemos perdido o cuando está amenazada. Así las cosas, cabe una pregunta: ¿podemos querernos más sanos de lo que (ya) somos? La pregunta —y este es el punto sobre el que quiero dirigir toda la atención— es exactamente la siguiente: ¿podemos querernos más humanos de lo que ya somos?, o ¿podemos querernos más personas de lo que somos?

La enfermedad o las patologías en un plano, o el paciente en otro, no es la razón de la bioética. Sostener lo contrario equivale a una apología de la enfermedad así como a una victimización de la bioética. La bioética trabaja con el sentido, la afirmación, el cuidado y el posibilitamiento de la vida misma; por ejemplo, de la persona o del ser humano mismo. En una palabra, la bioética no es ética médica, sino una reflexión y una acción sobre la dignificación de la vida, en términos de calidad de vida. Desde este punto de vista, la bioética comparte un mismo espíritu con campos tan disímiles entre sí como los derechos humanos, la ecología, la ética del medio ambiente, la biología de la conservación.

Pues bien, la calidad del paciente no está por fuera de sí mismo; por ejemplo, en el momento en el que salga de la enfermedad y alcance nuevamente o recobre la salud. La calidad del paciente reside en sí mismo, incluso en sus padecimientos, como una relación abierta con un entorno que se extiende a los suyos, a su pasado y sus futuros posibles, y con el mundo posible en general. Vale aquí recordar el famoso principio de la teoría de las relaciones, como una manera de poner de manifiesto, en una perspectiva más amplia, el valor intrínseco que tiene cualquier paciente: se necesita un máximo de tan sólo cuatro relaciones para alcanzar cualquier objetivo propuesto. Pues bien, el significado de esta relación matemática consiste en poner de manifiesto que desde el paciente mismo podemos alcanzar un objetivo cualquiera con un máximo de cuatro relaciones. En una palabra, el paciente es así una relación y una posibilidad.

Contra la reducción de las ciencias de la salud que ven al paciente como un objeto experimental, es preciso reconocerlo como una dimensión que remite desde sí mismo(a), más allá de sí mismo(a). En términos de la medicina, encontramos aquí la dicotomía entre diagnóstico y tratamiento, que evita a la persona del paciente a cualquier precio, para considerarlo tan sólo como el signo de una enfermedad. Pero es que la persona, a su vez, no es ninguna finalidad en sí o por sí misma, pues en rigor, el yo o la identidad de la persona no existe por sí y para sí mismo, sino, por decir lo menos, son una construcción social y cultural. Lo que llamamos "persona" no es más que la imagen antropológica o antropocéntrica —algo muy importante—, de algo inmensamente más vasto: la vida misma, es decir, la vida humana tanto como la no-humana, la vida de otras especies, otros sistemas. Exactamente en este sentido la bioética nos revela entonces que el cuidado de la vida es también el cuidado o la atención



de factores abióticos: en especial, del medioambiente (o el entorno) en el que se existe.

2. Comunicación médico-paciente

De acuerdo con GALENO, siglo II, el médico que es excelente es también un filósofo, con lo cual, en realidad, se revela el hecho de que, desde su punto de vista, la filosofía es terapéutica.

Tal y como lo ha puesto de manifiesto suficientemente la antropología cultural o los estudios sobre mitología, por ejemplo existen tres formas clásicas de salvación, de sublimación o de sanación: el fuego, el agua, y la palabra. En otras términos, tenemos así tres formas de purificación. Culturalmente hablando, a ellos nos referimos cuando hablamos de hacernos baños con aguas especiales –dulces o amargas, o mixtas, por ejemplo–, o cuando encendemos incienso o una vela para hacer más agradable un ambiente o para expulsar un mal olor o un mala energía; cuando nos bañamos, sencillamente para limpiarnos de una mala experiencia, o cuando quemamos objetos para liberarnos de una atadura, generalmente nociva. Son muchos los ejemplos que pudiéramos citar; la lista en realidad es el objeto de la antropología cultural, de la sociología rural y urbana, en fin, también de las prácticas pedagógicas no formales, así como del estudio de las medicinas alternativas.

De las tres formas de salvación o purificación cabe, en el contexto de la bioética, referirnos de inmediato a dos: la sanación por el fuego y la sanación por la palabra.

La primera existe hoy en la forma más extendida, y es, de lejos, la predominante. Me refiero a la importancia de la química. Baste recordar la idea primigenia expresada por I. PRIGOGINE: *ignet mutat res*, esto es, el fuego cambia todas las cosas. La química es, en el sentido primero de la palabra, pero también por su procedencia desde la alquimia, una ciencia del fuego, o también la ciencia que cambia todas las cosas. En efecto, de todas las ciencias, la ciencia más social actualmente es la química. El mundo en el que vivimos, las cosas que nos rodean, todo está marcado por la química.

Pues bien, la forma más directa como vemos a la química, en el contexto de la bioética médica, es gracias a los medicamentos y, en general, a toda la industria farmacéutica. Ya sea que hablemos de medicamentos naturales o sintéticos, estamos haciendo referencia a la química orgánica o inorgánica. La medicalización de la sociedad es al mismo tiempo posible gracias al auge de la química. Desde el punto de vista social, la industria farmacéutica puede ser comprendida, sin dificultades, como catalizadora de la química.

Con referenciamos a las ciencias y los profesionales de la salud, la primera y más común comunicación del médico con el paciente se establece en términos de drogas. Ya sea en el marco de la medicina moderna o de las medicinas alternativas. Todo el capítulo, apasionante en bioética, de los placebos, es una expresión de este tipo de comunicación. Quiero decirlo de manera directa: la comunicación más instrumental entre médico y paciente es posible en términos de fuego (= química); ya sea porque uno le solicita al otro medicamentos, o porque el otro trata al uno en términos de objeto y se refiere a él o ella en términos de, y como mediación de, medicamentos. Si la medicina está para sanar, la sanación sería obra de la química. Así, la relación médico-paciente es una relación ígnea.

Sin embargo, no es sobre esta primera comunicación que quisiera concentrarme, no obstante lo altamente sugestiva e inexplorada que es. En efecto, no termino de convencerme de las bondades de esta sanación, como exclusiva. O mejor, este tipo de sanación es, siempre, perfectamente imperfecta e inestable. Por el contrario, hay otro tipo de sanación más perdurable. Me refiero a la sanación por la palabra.

La sanación por la palabra es ancestral, y tiene una enorme fuerza en Oriente. En Occidente tres son las expresiones en las que mejor se encarna este tipo de curación: la religión, el psicoanálisis y, muy recientemente, distinta y externa a las dos anteriores, la bioética. La forma más elemental o primaria como en bioética se aparece este tipo de relación, curación o comunicación es en términos del consentimiento informado. Pero esta no es, ni mucho menos, la única ni la mejor forma de comunicación verbal entre médico-paciente. Tal y como están actualmente las cosas, el consentimiento informado es más una formalidad jurídica que presupone muchas cosas –por ejemplo, la autonomía del paciente, la justicia del médico, etc.–, pero cuyos supuestos no siempre son consistentes ni verdaderos. En los parámetros de la bioética no cabe suponer lo que no existe.

Los médicos han sido formados –por lo menos en el contexto anterior a la Ley 100, cuando la medicina aún era considerada una profesión liberal– para mandar y decidir, no para trabajar en equipo, comunicarse y escuchar a otros. Como es sabido, la medicina es una formación eminentemente vertical, altamente jerarquizada, análoga a la formación de los militares en los ejércitos. Creo que esta situación explica en parte la crisis de la medicina, por lo menos en Colombia, y que se expresa como la Ley 100. Pero no quiero aquí hablar de esta ley, sino de algo más esencial aún.

La formación tradicional en medicina impide el desarrollo de comunicaciones horizontales en dos planos principales: de un lado, al interior de la comunidad de los profesionales de la salud; así, por ejemplo, en las relaciones entre médicos y residentes, entre médicos y enfermeras, entre enfermeras y terapeutas, y así sucesivamente. En el contexto actual, en el que se introducen las glosas y la primera y la última palabra la tiene la auditoría médica, esta situación al interior de la comunidad de higienistas se vuelve demasiado complicada. Serias y preocupantes reflexiones en las que se cruzan la bioética y la biopolítica han sido el objeto de reuniones recientes entre especialistas, y los temas, conceptos y problemas han estado comprendidos por términos como: EPS, IPS, salud pública, políticas de salud y de gestión, pandemias, etc.

De otra parte, sin embargo, la comunicación horizontal se obstaculiza y se impide entre médicos y pacientes. La comunicación médico-paciente es eminentemente instrumental, no sólo por la mediación y determinación de la administración –auditoría médica, entidades prestadoras de salud y, en general, la gerencia en salud (*manage care*)–, sino también por las políticas de salud dominantes.

La comunicación exige de tiempo y crea por sí misma un tiempo. Pero, como es bien sabido, en el mundo contemporáneo el tiempo es un recurso escaso y no renovable. Uno de los factores generadores de violencia es precisamente el hecho de que luchamos por recursos escasos, en especial por el tiempo. Pues, en verdad, el tiempo es vida. La ausencia de tiempo hace que la vida se nos escape de las manos, no podamos disfrutarlo o disfrutarla, y por consiguiente no tengamos tiempo para el diálogo y la comunicación sino tan sólo para la información; esto es, para un baño, relativamente compartido, de opiniones.

Todos hemos sido o seremos alguna vez pacientes. Pero la medicina no ha sido enseñada ni puesta en marcha indicándole a los médicos que también son o pueden ser pacientes. Recuérdese la expresión jocosa entre los médicos acerca de la desdicha –casi la maldición– de tener pacientes recomendados o pacientes de familias de médicos, y, peor aún, tener como pacientes a otros médicos y profesionales de la salud.

Es cierto que en el mundo actual, en general, no queda tiempo para la comunicación (las ciencias de la comunicación son en realidad una hipótesis, pues se trata en primer lugar de información). Pero entonces vale recordar a SARTRE: si queremos transformar el mundo, debemos comenzar por transformar las situaciones en las que vivimos. La transformación del



mundo no es otra cosa que la transformación de la situación en la que existimos, en cada caso. El ser humano, sostenía SARTRE, es un ser en situación o en situaciones.

El principal obstáculo en la comunicación medico-paciente consiste en la traducibilidad de un lenguaje en otro. Es verdad, se trata de un tema delicado en general en esferas tales como la filosofía de la ciencia (traducibilidad y comensurabilidad/incomensurabilidad), la teoría matemática de la información (entropía informacional) o la antropología. Este es un tema de inmensa envergadura que atraviesa a la ética, pero que desde ella nos remite más allá hacia otras esferas.

El marco en el que se establece espontáneamente la comunicación médico-paciente está constituido por uniformes, implementos y términos bien definidos (sería importante atender al hecho de que otras profesiones –la mayoría–, no se “disfrazan”). El uniforme no solamente marca una especificidad; además, y precisamente por ello, separa, aísla, como cabe observar desde una lectura ligera desde la semiótica. Desde que son jóvenes estudiantes de medicina, los “médicos chiquitos” andan con batas todo el tiempo, con el fonendoscopio colgado al cuello, etc., incluso por fuera de su lugar inmediato y directo de trabajo. Esto tiene que ver a las claras con un fenómeno social y cultural, a saber: la alta estima social que tuvo la medicina en la historia de Colombia, de manera notable hasta hace unos pocos años. Esta alta estima la situó muy alto en las jerarquías sociales y tuvo como beneficio altos ingresos. Baste recordar que hasta antes de la Ley 100 los médicos eran los únicos profesionales en Colombia que cobraban por procedimiento.

Como quiera que sea, la comunicación médico-paciente –comprendida en los marcos no de la lógica, la ética o la lingüística, por ejemplo, sino de la semiótica– se revela como la articulación, constitución y mediación de símbolos bien establecidos, sin que socialmente se repare en su significado y su función. Una función que es, ulteriormente, política. La bioética tiene, entre otros, el mérito de situar, a luz del día, sobre la mesa, esta connotación y significado de la medicina, a propósito, por ejemplo, de las relaciones médico-paciente y de los tipos de comunicación que se establecen en ese marco. En verdad, en la comunicación médico-paciente, el médico está cargado de símbolos; el paciente solamente posee signos: signos, señales y síntomas. La función social, cultural y política de los símbolos del médico consisten en aislar la enfermedad, mejor aún, literalmente, encerrarla, confinarla, en aislar del resto de la sociedad el sufrimiento y la muerte. Como se ha hecho claridad al respecto, desde hace un tiempo Occidente está marcado por un profundo y largo temor: temor a la muerte, temor a la enfermedad, etc.

Pues bien, una mala comunicación (“ruido”) entre el paciente y el médico conduce a, o abre las puertas hacia, uno de los problemas más delicados del trabajo en bioética: la experimentación con sujetos humanos. Pero este ya es tema de otra consideración aparte.

Entretanto, el tema de inmediata relevancia es el reconocimiento de que el continuo salud-enfermedad implica una profunda transformación de los conceptos, aislados, de salud y de enfermedad, tanto en la relación médico-paciente como en su inscripción en lo social y su significado social y político. La salud genera la enfermedad, tanto como que ésta se aprovecha, literalmente, de aquella. La enfermedad no es un enemigo al que haya que atacar y derrotar; por el contrario, constituye uno de los modos mismos de la vida y, desde varios puntos de vista, arroja luces nuevas acerca de la propia existencia, de los demás, y del entorno en general así como sobre el sentido y las posibilidades del tiempo. Debemos poder vivir con la enfermedad, así como también debe ser posible vivir

con la muerte. Estos y otros temas semejantes se desprenden de manera directa y necesaria de la comprensión difusa –es decir, como continuo vago–, de salud-enfermedad.

De esta suerte, cabe reconocer que, como se desprende a partir de lo anterior, no hay dos cosas: la vida y la muerte, o la vida y la no-vida, o la salud y la enfermedad. Por el contrario, se trata de un continuo vago, esto es, de un continuo sin fronteras claras y sí difusas, móviles, permeables. En ese continuo se establecen las comunicaciones, todas, que tienen que ver con nuestra salud, tanto como, consecuentemente, con nuestra enfermedad –real o potencial–. El marco inmediato de esta comunicación se define en términos de médico y de paciente, pero este marco no es, en realidad, sino una expresión local de un marco de verdad más significativo, a saber: la comprensión de la salud y de la enfermedad como metáforas sociales, culturales, económicas y políticas. La bioética puede hacer una contribución significativa en este sentido, con lo cual estará marcando su especificidad, en contraste con territorios afines como la ética en general, la ética médica o las morales deontológicas. Como decía F. Nietzsche: “Lo que no nos mata, nos fortalece”. Pues bien, lo que nos fortalece nos hace más dignos y puede elevar nuestra calidad de vida. No de otra cosa se ocupa la bioética: lo suyo es el cuidado y el posibilitamiento de la vida en términos de calidad y de dignidad. Pero la bioética debe poder reconocer, al mismo tiempo, que en esta tarea no se encuentra tampoco sola.

Referencias bibliográficas

- ENGELHARDT, T. *Fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1999.
 HOTTOIS, G. *El paradigma bioético*, Madrid, Anthropos, 1987.
 HOTTOIS, G. *Essais de bioéthique, philosophie et biopolitique*, Paris, Vrin, 1998.
 SONTAG, S. *La enfermedad como metáfora*, Madrid, Debate, 1985.

NOTICIAS DEL MUNDO

Científicos surcoreanos clonaron treinta embriones humanos.

La noticia está causando revuelo; las discusiones éticas, científicas y jurídicas han alcanzado altos niveles de confrontación. Derecho y vida - *Ius et vita* publicará en su próximo número un estudio dedicado a la clonación.

Amigo lector: Sus opiniones nos serán útiles y gratas. Las esperamos en el Centro de Estudios sobre Genética y Derecho, oficina A-407, Universidad Externado de Colombia, calle 12 n.º 1-17 este, o en la dirección de correo electrónico <deromano@uexternado.edu.co>.