

JUAN ÑUÑO

PROBLEMAS DE BIOETICA

Desde la más remota Antigüedad la función del médico ha sido considerada a la luz de sus implicaciones éticas. Dado que el médico tiene poderes extraordinarios para conservar o para impedir la vida, por medio del tratamiento de las enfermedades, sus acciones son juzgadas como dispensadoras en última instancia de los dos extremos que atenazan las obsesiones de la existencia humana: vida y muerte. El caduceo, símbolo médico, lleva enlazadas dos serpientes porque, para los antiguos, esos animales eran inmortales, ya que confundían su muda con un supuesto poder de resurrección. Y Esculapio, el dios tutelar de la medicina, y primer médico, poseía el poder de devolver la vida a los muertos, razón por la cual, Zeus, padre de los dioses, le tuvo que dar muerte, pues semejante milagro (andar resucitando muertos) iba contra las leyes divinas establecidas de siempre para los mortales, por algo así llamados.

En los grabados ingenuos del siglo pasado, aún solía representarse al médico como aquel que luchaba al pie del lecho del enfermo con la Muerte, simbolizada por el clásico esqueleto armado de la implacable guadaña. Y osando un médico lograba (y sigue logrando) alguna curación difícil, en algún extremo y desesperado caso, dicese que lo ha salvado “de las garras de la muerte”. Entonces, nada hay de extraño en que las acciones médicas presenten un trasfondo moral, casi religioso. Por lo mismo, es corriente oír hablar de «milagros» en el caso de ciertas intervenciones, término que en principio debería estar reservado a la acción rarísima de las potencias divinas.

Lo curioso es que, por muchos siglos, mientras la medicina sólo lidiaba con la muerte, las consecuencias éticas no parecían suscitar grandes inquietudes en el contexto social. El hecho de que el médico, en ocasiones, lograra perturbar el proceso natural y pudiera detener el curso de la degradación física y alcanzar la reanimación y aun el restablecimiento de la salud del enfermo, no estaba visto como un atentado al orden establecido. Salvo, como ya se ha dicho, entre los antiguos, que consideraban ciertas curaciones extraordinarias,

punto menos que como blasfemias, por alterar la voluntad del destino, de las Parcas o los mismos dioses. La única concesión que durante los siglos de cultura cristiana se hizo a semejante visión ética de la medicina fue limitar el ejercicio de la misma a ciertos grupos que podían, llegado el caso, ser objeto de sanciones sociales por parte de la colectividad. Tal es probablemente una de las explicaciones de por qué durante mucho tiempo la medicina fue ejercida entre los cristianos por no-cristianos, mayoritariamente por judíos: porque se trataba de una profesión limítrofe con la herejía, desde el momento en que, si era bien ejercida, entraba en colisión con los designios o la voluntad de Dios. Puestos a aplicar sanciones, era más fácil quemar médicos judíos (o musulmanes) que tener que hacerlo con médicos cristianos. Pero las disposiciones morales no solo se dirigían hacia los médicos, sino ante todo a las enfermedades y los enfermos. Piénsese en el terrible tratamiento infligido a los leprosos durante siglos (aislados hasta el extremo de negarles los auxilios espirituales) y en las duras legislaciones contra los suicidas, a los que prácticamente se les equiparaban con posesos del demonio, negándoles hasta el descanso eterno y en lugar sagrado. No es exagerado decir que muchas de tales actitudes se han prolongado hasta nuestra apoca, pues todavía se adoptan fórmulas hipócritas para referirse a ciertas enfermedades («larga y penosa enfermedad» ya es una clave) y aun se guardan reservas morales frente a los suicidas.

Pero con mucho las enfermedades que provocaron disposiciones más radicales y levantaron mayores resistencias morales y religiosas fueron las pandemias, por desgracia tan frecuentes en ciertos periodos de la historia. Ya el considerar a una epidemia o plaga un castigo del Cielo era tomar una determinada posición moral: se asume que se trata de un mal y que ese mal, además de extraordinario por su extensión y virulencia, era recibido como castigo merecido por los pecados de una comunidad. Del rigor de semejantes actitudes dan fe ciertos testimonios. En la Prusia oriental, en Koenigsberg, una sirvienta transmitió a su amo la enfermedad que padecía al infringir la regla que prohibía usar objetos que habían estado en contacto con apestados. De resultas de lo cual, el amo murió tras la sirvienta, que como era la culpable de la transmisión última fue ejecutada después de fallecida, práctica no tan extraña en aquellos tiempos (siglo XV), pues se hacía con los suicidas (así en Inglaterra, hasta el siglo pasado) y lo practicó abundantemente la Inquisición en el caso de muertos a los que **postmortem** se les declaraba herejes: eran solemnemente desenterrados y no menos ceremoniosamente ejecutados en tanto cadáveres.

Creer que la peste es un castigo divino por los pecados de los hombres fue posición oficial de la Iglesia que duró hasta bien avanzado el siglo XVIII Y no hay mucha seguridad de que ciertas actitudes ante la actual forma de peste que se padece no sigan inspiradas en las mismas tomas de posición moral: se comenzó por decir que el Sida era un castigo del cielo contra la homosexualidad y el hecho de que la enfermedad está tomando proporciones de desarrollo geométrico de pandemia y afecte por igual a hetero y a homosexuales, no va a servir para eliminar de la mente de más de uno la idea moral negativa de que todo comenzó por culpa de los homosexuales. Semejantes prejuicios son comunes cada vez que el hombre se siente amenazado en su equilibrio biológico: ante la amenaza de la enfermedad y más si ésta se presenta en forma de epidemia, lo más sencillo es buscar una víctima propiciatoria a la que culpar. Tal ha sucedido desde siempre con las enfermedades venéreas y abierta sigue la disputa de si éstas fueron originarias de América o si, por el contrario, fueron introducidas ahí por los europeos. Su sola denominación dice mucho acerca de las tomas de posición, no sólo morales, sino de franco nacionalismo agresivo. Para los italianos y españoles, era el mal francés y para los franceses, o el mal inglés o el mal italiano, pero en todo caso, con nombre propio del supuesto culpable detrás de la enfermedad.

Otro de los capítulos pasados en que puede observarse la relación ética/medicina tiene que ver con el estudio mismo del cuerpo humano. Es más que sabido que la humanidad tuvo que luchar contra una serie de prejuicios y barreras para poder practicar anatomía con cadáveres y aun en nuestros días, además de conservar cierta actitud de extraño respeto hacia los despojos humanos, existen grupos muy agresivos que luchan contra la vivisección de animales en las prácticas de laboratorio. No se trata de tomar partido por nada, sino de comprobar que existe, en relación con la medicina, la tendencia a etiquetar de “bueno” y “malo” lo que se haga en su práctica habitual.

* * *

Como quiera que no se trata de presentar un exhaustivo recorrido histórico, bastará con aportar dos cosas, de suyo suficientemente relevantes, a fin de subrayar el punto, a saber, que la medicina de siempre ha inspirado posiciones críticas en el orden de los valores, es decir, de lo que está bien o no está bien hacer.

Uno de esos casos tiene que ver con las enfermedades mentales y el otro con las enfermedades infecciosas o, más propiamente, con la asepsia general de las mismas.

Las enfermedades mentales es uno de los capítulos más completos y controvertidos, no sólo de la medicina, sino de la antropología misma. La tendencia del hombre ha sido negativa y ha reaccionado ante este tipo de enfermedades de manera especial: o se las ha atribuido a una intervención divina (epilepsia quiere decir 'posesión desde lo alto') o ha tratado de esconderlas como si se tratara de una lacra social: los locos al margen del grupo normal. Con todas las variantes del caso. Basta leer la historia de la locura de Foucault para darse cuenta de que, por detrás, hay algo más que simples disposiciones curativas. En nuestros días, una de dos: o se han presentado las revolucionarias tesis de la antisiquiatría (Long, Storr, entre otros) que sostiene que, en definitiva, los normales son los locos y la que está enferma es la sociedad, o se han utilizado las técnicas más avanzadas y radicales para tratar como enfermos mentales a quienes no son sino disidentes políticos (casos de la URSS y Cuba), dando así, indirectamente, la razón a los antisiquiatras, pues si para el tratamiento de la enfermedad se toma como referencia contrastante al promedio del comportamiento de los ciudadanos, la medicina pasa a ser un mero capítulo de sociología política. O dicho más abiertamente: se ha politizado la medicina de manera similar a como en otros tiempos se la ponía al servicio de la religión.

El otro caso, el de las enfermedades infecciosas, es el muy conocido y dramático de aquel médico húngaro, Semmelweis, que descubre en Viena hacia la segunda mitad del siglo pasado que muchas enfermedades infecciosas tenían su origen en un simple problema de asepsia. Concretamente, las fiebres puerperales o infecciones post-alumbramiento de las parturientas, tan frecuentes en aquella época que la cifra de mortandad alcanzaba hasta un pavoroso 65% en las mujeres que daban a luz en clínicas. Justamente tal fue la primera observación que puso a Semmelweis en la pista de su hallazgo: por qué morían más en hospitales que en residencias particulares o aun en plena calle. Respuesta: porque en los hospitales eran examinadas por los internos después de haber estado trabajando directamente con cadáveres y sin tomar medida alguna de limpieza manual. El resto es justamente la historia moral de tan trágico suceso, magistralmente narrada por el doctor Destouches (Louis-Ferdinand Céline) en su tesis de licenciatura de médico en París.

Donde puede apreciarse que frente a un caso muy concreto y determinado (asepsia o no asepsia manual) se toman toda suerte de posturas morales: lo que se debe o no se debe hacer por parte del médico; lo que está bien y lo que está mal.

* * *

Hay que repetir lo dicho al principio: todas esas posiciones extra-científicas, valorativas, éticas, eran tomadas en relación con el problema de fondo de la muerte. Las epidemias, las enfermedades mentales, las infecciones, todo tiene que ver con la conservación, prolongación o cese abrupto de la vida, según los casos. Y frente a esas situaciones, las disposiciones morales que no dejaban de tomarse no afectaban directamente a la condición misma de la medicina ni a la posición profesional del médico. Lo que estaba mal era la enfermedad o la sociedad o los individuos (los locos, los disidentes, los suicidas), pero era muy raro que, salvo el caso específico de Semmelweiss, se dijera que estaba mal lo que hacía el médico. El médico era prácticamente intocable mientras se limitara a luchar con la muerte.

Lo que ha venido a complicar el cuadro ético de la medicina es el giro de 180° que han dado la investigación y la práctica médica en los últimos tiempos. Ese giro ha consistido en poner al médico a dar a la vida y aún más: a fabricar la vida artificialmente y, en complemento, en algunos casos, a impedir que se produzca. Y aquí es donde ha explotado la bomba ética de la medicina contemporánea. Mientras la tarea del médico estaba orientada por la muerte, sus inaplicaciones éticas no le afectaban directamente. Ha sido necesario que la medicina se dedique a investigar y producir la vida y sobre todo a probar su poder para reorientarla y planificarla para que toda la carga de responsabilidad moral caiga de pronto sobre los hombros de los médicos.

Por algo se ha desarrollado esta nueva disciplina, la bioética, y por algo, en los grandes centros hospitalarios, junto a los asesores legales existen también especialistas en problemas éticos. Por doquier se celebran congresos y reuniones para discutir acerca de la biotecnología y sus consecuencias, que es en realidad el tema que constituye el cuerpo de problemas bioéticos.

En líneas generales, puede decirse que la bioética trata acerca de las implicaciones que las tecnologías médicas presentan en aquellos casos relacionados con la biología o con las nuevas formas de vida o aun con la salud tomada como problema social. Pero, en la práctica médica, tales implicaciones

quedan ejemplificadas en dos regiones muy determinadas: los problemas de la fecundación o reproducción artificial y los problemas derivados de la interrupción de la gestación. Todo, como se ve, tiene que ver con las formas de vida y remotamente con el concepto, en el fondo oscuro e impreciso, de la vida misma. En los últimos años, la bioética ha agregado al dominio de sus reflexiones los problemas derivados de la masificación de las políticas hospitalarias y muy concretamente, las posibilidades de extender o, por contrario, limitar las técnicas terapéuticas al conjunto de la población o a segmentos seleccionados de la misma.

¿Qué actitud debe adoptar el médico, no ya el investigador, sino el médico ante los recursos que le proporciona la actual biotecnología? ¿Es correcto o no, moralmente hablando, propiciar la formación de un nuevo ser a partir de la técnica de implantación de embriones fecundados o bien **in vitro** o bien en otro útero? ¿Qué problemas morales se derivan para la futura madre, para el futuro hijo y para el inexistente o simplemente simbólico padre, de todo esto? ¿Qué política se debe adoptar en el caso de la desproporción entre una técnica curativa y el número de posibles pacientes? ¿Tienen todos por igual derecho a los mismos tratamientos, aun a los más costosos y avanzados? Los problemas son múltiples en la práctica. Sólo se agregaran aquí dos ejemplos, por lo demás ya registrados. El del médico norteamericano que inseminaba a mujeres con su propio esperma, en lugar de hacerlo con espermias seleccionados de otros donantes anónimos. Y el discutido en un Congreso del mes de Febrero de 1992 en Madrid sobre las consecuencias negativas (o sentidas así) que provoca, en el caso de la mujer sola inseminada, la ausencia de la figura del padre.

En el primer caso, llama la atención que lo que se considera reprochable no es la inseminación misma sino el hecho de que ésta hubiera sido practicada con esperma del propio médico. En el segundo caso, ha sido opinión mayoritaria de médicos, siquiátras y juristas que la figura del padre es irremplazable y necesaria. Es más: han llegado a establecer que el concepto tradicional de familia ha de ser considerado como el límite a respetar en todo experimento biológico. Se adelantaron así a la opinión emitida por Dan Quayle, el anterior vicepresidente de los Estados Unidos, en contra de las madres solteras.

No se trata en ninguno de ambos casos de tomar posición, sino de subrayar el carácter plenamente moral de las decisiones tomadas. En el primero, se consideró malo el engaño del médico, no seguramente el hecho fisiológico

mismo de la inseminación ni el que ésta fuera practicada a partir del espermatozoides del médico tratante, sino el hecho de que, al proceder así, el médico indujo a engaño a los pacientes. En el segundo caso, es evidente que se subordina el campo de la biología al de la moral más tradicional y conservadora, ya que se toma a la familia como modelo a respetar, poniéndola como límite superior a la hora de tomar últimas decisiones relativas a la vida. No es punto baladí, pues de ser elevado a norma universal y aun de conferirle carácter compulsivo, ello querría decir que no podría tener derecho a ser fecundada (a ser madre) una mujer que no presentara la correspondiente compañía masculina como apoyo para la figura sustitutiva del padre. Es de suponer que las feministas o las mujeres simplemente críticas y conscientes de sus derechos tendrán algo que decir en este punto. Pero en todo caso siempre lo que digan afectará al orden moral de la práctica médica, sólo porque ésta se ha topado con lo que, en lenguaje grandilocuente, podría llamarse «el misterio de la vida».

Los problemas son mayores y más tempestuosos en el caso de la planificación familiar (forma pudibunda de hablar de métodos anticonceptivos) o en el caso extremo de la interrupción del embarazo o aborto inducido.

Este es en la actualidad uno de los campos de batalla más agitados por la bioética. Como lo siguen probando numerosos y llamativos casos, como el de la adolescente irlandesa a fines de 1991 y las consecuencias derivadas de una legislación estricta de inspiración netamente religiosa.

Con independencia de cada caso, el fondo general del problema, casi metafísico, es cómo se define la vida o, para no presentarlo de manera tan abstracta, cuándo comienza realmente a existir un ser humano en tanto tal.

Si se enfoca de manera extrema, se podrán apreciar los límites del problema. Una manera extrema de enfocarlo es, por ejemplo, otorgar no sólo si calificativa de vida, sino la misma calidad y valor de vida a todos los seres propiamente biológicos. Tal es la posición del budismo y por eso un auténtico budista no sólo tiene que respetar la vida de las vacas y de los insectos (que es tan vida como la de los hombres y las plantas), sino que no debe hacer nada que los lastime (por ejemplo, comer huevos, al fin y al cabo materia viva o embrionaria). De modo que en la concepción budista el problema del aborto no ha de existir en tanto tal problema: todo tiene derecho a vivir desde la cucaracha hasta el huevo de iguana, tanto más el embrión humano. ¿Cuál sería la antítesis, el otro extremo del arco, frente a una concepción tan amplia y generosa de la vida como la budista? Perfectamente se puede tomar el ejemplo histórico de

los nazis. Desde el momento en que creían en la teoría racial de la superioridad de unos seres biológicos sobre otros, no cabe la menor duda de que, para los nazis, la vida estaba reservada a los ciudadanos arios y todos los otros, por inferiores, tenían derechos limitados o nulos ante la vida. Por eso, mataron judíos, porque ni siquiera los consideraban propiamente seres humanos. Por eso mataron también ciertos enfermos, tal y como por lo demás había hecho el hombre en otras formas de civilización. Y por eso, practicaron toda suerte de experimentos *in vivo* con humanos, porque no los consideraban tales o porque, de hacerlo, pensaban que su valor era inferior y estaba subordinado al de la ciencia puesta al servicio de otros seres superiores, merecedores de todas las atenciones.

De modo que el primer aspecto a considerar éticamente en el problema concreto del aborto es qué se entiende por vida y cuándo propiamente comienza ésta para el ser humano. De la respuesta que se dé a esto dependerá la toma de posición que se adopte y la posibilidad o imposibilidad de interrumpir un embarazo, o porque no se considera que existe la vida de una persona o, por el contrario, porque se parte de una visión cuasi budista que confiere vida a todo lo que se mueva, desde la amiba hasta el pterodáctilo. Pero ése es tan sólo el aspecto metafísico o de fondo del problema, que luego subsisten otros, no menos morales, que son los jurídicos y sociales. Tales como: derechos de la mujer para decidir sobre su descendencia y condiciones materiales de vida de ésta inserta en la sociedad a la que pertenece. Para no hablar del caso extremo de la salud de la madre y su incidencia en la procreación.

Pero el punto más delicado de todo el trasfondo ético radica en el carácter relativo de los valores. En el supuesto de que existieran valores absolutos, el problema se ejemplificaría sobremanera.

Puede suponerse, sin demasiada esfuerzo, que la vida es precisamente uno de esos escasos valores que merecen el calificativo de absolutos (Es apenas una suposición a efectos de argumentación, pues perfectamente puede contraponerse la condición relativa de vida a una absoluta: bastará con presentar aquellos casos en que se justifique la extinción de la vida; por ejemplo, la pena de muerte, donde ésta exista, o la guerra o el sacrificio voluntario, etc). Entonces: si la vida es valor absoluto ello significarla que acabarla sería un mal, pero esto no resolvería el problema de sus límites o alcance: de nuevo, aun respetando la condición de valor absoluto, alguien podría argumentar que dónde y cuándo se sabe que existe vida y todo volvería a enredarse.

Pero sucede que además los valores son relativos: lo que hoy tiene una determinada valoración, en otra época o en el futuro, puede tener la valoración opuesta. Piénsese en el ejemplo de la poligamia y la monogamia, según las distintas formas de religión y de sociedad. O en el tabú de la virginidad, según las distintas épocas. Esa dimensión relativizante de los valores se agrega el problema concreto de una toma de decisión sobre, por ejemplo, la interrupción del proceso vital en cualquier momento.

Apunta todo ello que el trasfondo ético-social es cada vez más complejo, como para que la medicina no pueda tomar decisiones ni aisladas ni exclusivamente médicas. Es algo que sabe perfectamente el médico a través de la práctica y aun más que en los anteriores casos se presenta en el no menos dramático de la eutanasia, en cualquiera de sus modalidades: activa, pasiva, encubierta o libremente practicada, como la de ese Dr. Kerkorian de los EE.UU. y su máquina de matar. Por algo el **best-seller** de 1991 en ese país fue el libro titulado **Final Esist, The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying**, de un Derek Humphry, que no es médica. Lo de menos es que en el libro se indiquen las dosis exactas de una gran variedad de medicamentos que, debidamente tomados, según instrucciones muy detalladas, producen la muerte indolora (o lo más indolora posible) en muy poco tiempo. Lo de menos es que también contenga toda suerte de consejos legales para evitar la intervención de las autoridades o para impedir que los seguros no cumplan con sus compromisos. Lo relevante es que: primero, el libro ha sido un **best-seller**, lo que indica que venía a llenar una necesidad, y lo segundo es que en ningún momento nadie, ni autoridad civil ni religiosa ni moral ha emitido crítica alguna y aún ninguna prohibición de esa publicación. No sería improbable que esta sociedad se encaminase hacia formas sociales en las que, de nuevo, el suicidio no fuera una acción reprobable, tal y como ya sucedió en otras épocas. Así como tampoco sería improbable que aun las posiciones más recalcitrantes y opuestas al aborto tuvieran que plegarse ante las exigencias demográficas (casos de la India o de México), con lo que se vendría a probar, una vez más, lo ya apuntado acerca de la relatividad de los valores morales. Lo que ahora se prohíbe quizá mañana se permita.

Pues bien ¿cuál es la posición de la medicina en todo esto?

Para enfocarlo con alguna precisión, se impone efectuar distinciones: una cosa es la investigación médica, aislada de la práctica, y otra muy distinta, el ejercicio cotidiano de la medicina. Detrás de la voz «medicina» habrá que

entender, unas veces, el investigador de laboratorio y otras, la más conocida, el médico tratante. Sólo se confunden cuando se emplean expresiones genéricas, del tipo: «el avance de la medicina en los últimos años». Ahí, «medicina» alude a investigación médica y, en ocasiones, ni siquiera médica, sino de tecnología médica, como lo han probado las distintas técnicas aportadas a la cirugía, desde el sonar para tratamiento de afecciones renales hasta las diferentes videoscopías (laparoscopías, artroscopías, angioscopías). Pero, desde el punto de vista de las consecuencias humanas, que es al fin y a la postre en donde la acción ética se va a registrar, los problemas, si no los mismos, se pueden presentar de forma similar para el médico-investigador (médico de laboratorio) que para el médico práctico o tratante. Son problemas que afectan al ser humano y a la concepción que de éste se tenga. Ya se ha visto que, en el caso extremo de una concepción racista, como la de los nazis, esos problemas se simplificaban (es de suponer) para los médicos que aceptasen esa ideología, pues reducían el alcance de los seres humanos y podían tratar a los restantes como materia prácticamente desechable. Aun así, aun aceptando sólo por fuerza de la comparación, la visión monstruosa y radical de los nazis, habrá que entender que también para los médicos nazis existían problemas éticos, pues también tenían que tratar con seres humanos a los que consideraban tales. De modo que, en definitiva, una solución tan brutal como la nazi no soluciona nada, pues sigue existiendo la relación médico/paciente, aunque se haya reducido el universo de los pacientes, simple aspecto cuantitativo.

En esa relación médico/paciente, en principio no debería de haber fricción moral ninguna, siempre que se parta del hecho de que se trata de una relación asimétrica, donde una de las partes (el médico) posee un saber que no posee la otra parte y ese saber lo capacita para actuar en consecuencia. Siempre en un terreno ideal, de pura teoría, la acción del médico, que se supone está orientada por sus conocimientos, es una acción consciente, racional y previsor: el médico sabe lo que hace, por qué y para qué lo hace. En muchos casos puede suceder así: es lo que queda registrado con la expresión habitual de “ponerse en manos del médico”. Según eso, el paciente es un ser pasivo que deposita su confianza en otro, en el que sabe lo que hace. Esto a su vez, por muy ideal y simplista que sea, comporta al menos un riesgo jurídico, pues «poner, depositar la confianza» equivale a una operación de cesión de derechos propios, es decir, realmente equivale a una alienación, una entrega temporal a otro, una rendición, todo lo momentánea que se quiera, de la vo-

luntad. Como todo acto de cesión de derechos puede originar consecuencias de responsabilidad; de ahí proviene el que, en principio, el médico se cuide en el momento de la toma de decisión y trate, por u otro procedimiento, de contar con la aquiescencia del paciente, cuando menos: es la forma que tiene de proteger su responsabilidad compartiéndola. Donde ello es más evidente es en aquellas sociedades, como la norteamericana, en donde las consecuencias legales de la acción médica pueden derivarse en reclamaciones compensatorias: por eso, la obligación en el caso de los médicos norteamericanos de hacer que se firmen documentos por parte del paciente (o sus familiares) en el momento de la toma de decisiones, a fin de cubrir o compartir la carga de la responsabilidad médica.

Si se inquiera por el por qué de todo esto, yendo más allá de la anécdota material (**malpractice**, reclamaciones, seguros, etc.), la respuesta se encuentra en el margen de azar o indeterminación que conlleva la práctica médica, en cualquiera de sus modalidades. Para entenderlo, será menester acudir a un ejemplo de contraste. Los astrónomos, los físicos y demás técnicos que trabajan en, por ejemplo, los viajes espaciales de cohetes, no necesitan precaverse con recursos de responsabilidad compartida a la hora de enviar un artefacto a Marte o más allá. No importa que vaya o no ocupado por seres humanos, es decir, que se encuentren vidas humanas en su interior. Y no tienen que hacerlo porque sus conocimientos son de tal naturaleza que les permiten reducir prácticamente el margen de error a cero o a un mínimo despreciable. Pero el tipo de conocimiento que maneja el médico no presenta esa confiabilidad de resultados que presenta, por ejemplo, la prospección geológica; o para decirlo suavemente, los conocimientos médicos son perfectibles, dado que trabaja sobre una materia perfectamente falible y aleatoria, como es la idiosincrasia del enfermo. Salvo el investigador médico, que al trabajar en laboratorio, reduce este último aspecto, pues no opera sobre pacientes directamente, el médico ordinario, tratante, está doblemente limitado: por un saber insuficiente y por la indeterminación de la respuesta del paciente, sometida a toda suerte de variaciones.

Por todo ello, la relación médico/paciente, aun siendo asimétrica por definición, trata de encontrar un equilibrio en las consecuencias, ya que éstas escapan al control del médico o no están nunca en condiciones de manejarlas todas. Lo cual se traduce en un reparto, no siempre igualitario, de responsabilidades en la toma de decisiones. Por ejemplo, el médico puede advertirle al

paciente de que los riesgos de una operación (o de un tratamiento) son tales que las probabilidades de éxito se sitúan en el orden del 60%. Ello significa que, en ese momento, el médico está traspasando su saber al paciente para que este, armado de lo mismo que sabe el médico, tome una decisión. En otros casos, la decisión, por razones de tiempo o de urgencia, es imposible de comunicar o transmitir al paciente, y entonces ha de ser el médico quien asuma tal responsabilidad, es decir, quien decida por otro, pues en definitiva ese es el problema ético de fondo: tomar una decisión que compromete la vida o el bienestar de alguien.

Hay casos relativamente sencillos. Por ejemplo, el que se presentó recientemente en los Estados Unidos con una joven que necesitaba un trasplante de médula por padecer de leucemia. El trasplante ideal sería el de un familiar consanguíneo y, no teniéndolo a mano, la madre de la joven, mujer aun en edad de procrear, decidió tener otro hijo, que vendría a ser hermano de la enferma de leucemia. Y así lo hizo, esperando mientras tanto la enferma con tratamientos de sostén a que la madre engendrara y diera a luz el hermano que terminó por proporcionarle la necesaria cantidad de médula. En ese caso, el papel del médico fue el de informador o trasmisor del saber: dijo qué había que hacer, indicó cuál era la mejor solución, pero es evidente que ni podía ni tampoco le correspondía a él tomar decisión alguna. La decisión en este caso fue tomada por la familia. Las consecuencias éticas, de haberlas, quedan del lado del paciente. La responsabilidad médica se limita a aspectos técnicos del diagnóstico y al posterior trasplante.

Pero no todos los casos son así. Hay aquellos en que la decisión cae del lado del médico, con o sin participación del paciente, como suele suceder en los casos extremos de prolongación o cesación de la vida en las situaciones terminales. No hace mucho, un médico de Boston tomó la decisión de administrar una determinada cantidad de morfina a una paciente terminal que estaba sufriendo atrocemente. Probablemente es un acto corriente en la práctica médica. Lo que no fue corriente es que el médico lo publicara con su nombre y plena admisión de responsabilidad, en una revista médica local. Es el caso extremo, en el que el médico toma la decisión y aún más: encara las consecuencias morales y legales de su acción.

La conclusión a extraer es que la dimensión ética se sitúa en una zona intermedia y está sometida a un precario equilibrio. Es la zona intermedia de la relación médico/paciente, dominada profesionalmente por el médico, pero

controlada moralmente por el paciente, y es precario el equilibrio porque en definitiva la acción médica (y la dimensión ética que quiera conferírsele a dicha acción) estará mediatizada por un resultado, el cual siempre es aleatorio e impredecible. Es de temer que en este sentido lo que cuenta es siempre el resultado: según éste sea, quedará justificada o no la acción médica, así ésta haya sido tomada arriesgada o irresponsablemente. En medicina, difícilmente se puede encontrar un caso moral tan nítido en su separación de medios y fines como el que describió Víctor Hugo en una de sus obras. En **El Noventa y tres**, pinta la acción de un marino que a bordo de un barco cometió la imprudencia de soltar un cañón amarrado; en la tormenta, el cañón rodó por cubierta amenazando la vida de los tripulantes; se pudo conjurar el peligro porque el propio marinero, responsable de haberlo soltado, con gran riesgo de su vida, logró sujetarlo y volverlo a amarrar. El capitán convocó a la tripulación, una vez pasado el peligro, e hizo condecorar al marinero con los máximos honores por su valiente hazaña, y a continuación mandó a fusilarlo por haber sido responsable de esa misma hazaña. Juicio ético doble y contradictorio.

El drama de la práctica médica es que arriesga en muchas ocasiones tanto como aquel marinero y tiene que hacerlo porque nadie lo hará por él. Los problemas éticos se derivan de ese tira y afloja de responsabilidades a la hora de decidir sobre temas nada minúsculos, pues son, en definitiva, los de la vida y la muerte.

* * *

Pero en los últimos tiempos, al menos en el panorama cultural norteamericano, ha cambiado el interés por los problemas de la bioética. Lo que antes se centraba en las decisiones extremas relativas a la prolongación o cesación de la vida o a los aspectos artificiales de la reproducción, recientemente se ha visto desplazado por temas sociales relativos a la extensión de la acción médica sobre la población y, sobre todo, a la compatibilidad entre técnicas médicas y su administración extensa a pacientes o, por el contrario, selecta y restringida, llegado el caso.

Lo que en los 60 y 70 se presentó como una disciplina destinada a lograr la protección de los derechos individuales de los pacientes frente al poder en principio ilimitado de los médicos y del estado, en cambio, desde principio de los 90, en lo que más bien se viene haciendo énfasis es en lo colectivo, privilegiando así el bienestar de la colectividad sobre el del individuo e insistiendo

incluso en que los programas de salud deben estar encaminados a conseguir el bien común y la salud global de la sociedad, considerada en su conjunto, no tanto la de los particulares atendiendo a sus necesidades individuales.

No hay duda de que en ese cambio han influido factores económicos, entre otros, el conocimiento de los costos reales de la medicina que, sólo en los Estados Unidos, se calcula que ascienden a unos setecientos mil millones de dólares al año, contando ahí los gastos del gobierno, los de las compañías aseguradoras y los de los particulares. Esa cifra, contrastada con las correspondientes al déficit fiscal norteamericano, ha tenido que influir en la visión de los teóricos de la bioética, llevándolos a ser más conscientes de la necesidad de una limitación de los servicios médicos, o cuando menos, de una mejor distribución de los mismos.

Así, en la actualidad, la cuestión de fondo no es, como en el pasado, el derecho a la vida (y su, complementario, el derecho a una muerte digna), sino el más elemental y básico derecho a la salud misma. A partir del hecho de que la práctica médica y la distribución de los programas médicos son limitados por razones materiales, el problema de fondo es quién tiene derecho a ser tratado y cuándo. De ahí se deriva la presente discusión del mundo bioético norteamericano acerca del problema del **racionamiento** de la medicina y su inevitabilidad y, llegado el caso, cómo administrarlo.

A ello, por otra parte, han contribuido dos casos concretos. Uno, el surgimiento a principio de los 60 de la técnica de diálisis para los enfermos de riñón, y otro, mucho más reciente, y en apariencia por ahora limitado, el de la legislación que se está tratando de imponer en un Estado (el de Oregón) acerca de los servicios asistenciales del seguro social allí denominado «Medicaid».

La introducción de la diálisis trajo consigo el problema del uso limitado de las máquinas correspondientes, desde el momento en que había más pacientes que máquinas. La primera solución que se le dio fue típicamente discriminatoria, esto es, de racionamiento: una comisión, nombrada al efecto, compuesta por un abogado, un pastor, un ama de casa, un líder sindical, un funcionario, un banquero y un cirujano, decidía quién tenía derecho a la diálisis y quién tenía que esperar. La comisión se guió por ciertos criterios muy estrechos, típicos de clase media norteamericana: tenían derecho los casados frente a los solteros y frente a las mujeres y las parejas sin hijos, así como los empleados frente a los desempleados; rechazaban al que tuviera cualquier antecedente o hubiera padecido o padeciera desórdenes mentales de cualquier clase.

En vista de la estrechez de criterios y de cierta reacción ante la discriminación así introducida, en los años 70, a propuesta de varios senadores, se pasó una ley que convirtió el tratamiento de la diálisis en programa federal desde 1973, dando así protección ilimitada a cuantos sufren del riñón y la necesitan. El costo de la operación es de 3 mil millones de dólares anuales para tratar a unos 150.000 pacientes. Pero justamente tal se pudo hacer cuando todavía era válido el mito americano de que en el país había dinero suficiente para atender cualquier caso de salud y aplicar en consecuencia cualquier novedad tecnológica. La extinción de ese mito y la comprobación de los límites materiales del sistema es lo que ha llevado a la actual situación de tener que enfrentarse a la posibilidad de diferentes sistemas discriminatorios en el campo de la salud.

El otro caso es el que actualmente plantea la legislación del Estado de Oregón acerca de la distribución del «Medicaid». Se ha preparado un plan, según el cual, se catalogan los servicios prestados en orden de importancia. Así, se distinguen tres niveles: servicios esenciales, servicios muy importantes y servicios valiosos para determinados individuos. Entre los primeros (esenciales), se encuentran condiciones de salud fatales o agudas, tales como bloqueo de coronarias, cuidados maternos, cuidados preventivos de la infancia, servicios contraceptivos y preventivos de adultos. Entre los segundos (muy importantes), se encuentran las condiciones agudas pero no fatales (caries dentales) o crónicas no fatales (sinusitis, migrañas, psoriasis) y en la tercera categoría, se incluirían aquellos servicios que podrían ayudar simplemente a sentirse mejor (tratamiento de la conjuntivitis), de la infertilidad y las terapias virales. Hay que tener en cuenta que, aparte de la discriminación interna y específica de las enfermedades, el plan sólo afecta a la población adscrita al «Medicaid», esto es, en definitiva, a los pobres, que son los mayormente cubiertos por ese seguro.

Tanto un caso como otro han puesto sobre el tapete la necesidad de airear el tema de si acaso los servicios médicos son extensivos a toda la colectividad sin limitaciones o si, por el contrario, han de ser limitados y, de serlo, de acuerdo con qué criterios.

De entrada, se sabe que hay una primera discriminación, que es la que proporciona el dinero. Sólo ciertas personas pueden tener acceso a cierto tipo de tratamiento particularmente costoso (como por ejemplo, trasplante de órganos) o a ciertos tratamientos particularmente largos en el tiempo y, por lo mismo, onerosos.

Pero en lo que respecta al nivel teórico (de ahí que sea tema discutido por la bioética), lo que se discute en sí, en principio, los servicios médicos son ilimitados o si deben más bien aplicarse con sentido restrictivo.

Apartando los casos sueltos y locales por ejemplo, en Inglaterra, ya hace tiempo que la diálisis no se aplicaba a mayores de 65 años, la tendencia de quienes abogan por el racionamiento médico es la de justificarlo con el argumento de fondo según el cual el objetivo último de la medicina no debe ser la salud del individuo y menos aun la salud considerada como fin en sí mismo, sino la utilidad práctica que se derive de la salud en el plano social y la actividad que resulte de curar a ciertos individuos. Es decir, no se trata, argumentan, de restaurar la salud a fin de que la persona tratada se sienta saludable, sino de hacerlo para que desempeñe ciertas tareas sociales, intelectuales y profesionales que cuentan.

Visto el problema así, aceptado semejante criterio utilitario y colectivista, nada tiene de extraño que, en la aplicación del mismo a los casos particulares, se den preferencia, por ejemplo, a los miembros de la defensa nacional, a los representantes políticos, a los miembros de instituciones académicas y culturales, a quienes forman una familia frente a quienes aún no la han formado, a los filántropos, etc. Y que se continúe, proponiendo discriminar nacionales frente a extranjeros, o aquellos enfermos amenazados de muerte inminentes frente a otras menos graves (o a la inversa) o al simple principio del primero que llega es el primero en ser atendido. O, como se ha dicho, a quienes desempeñan responsabilidades especiales, tales como, por supuesto, médicos, científicos, políticos, líderes financieros y sus familiares y dependientes, llegando incluso a establecer la discriminación de enfermos mentales que no tienen derecho o lo tienen muy reducido a determinados tratamientos. Ciertos autores han sido muy específicos al proponer de una vez excluir de los servicios médicos básicos a infantes que pesen menos de 500 gramos, así como a los viejos en el caso de la diálisis, de la alimentación artificial o de los trasplantes. El argumento vuelve a ser que los tratamientos caros no pueden destinarse a resolver problemas aislados individuales que no van a servir para aumentar el bienestar del paciente (por su edad) ni el de la sociedad considerada en su conjunto.

La conclusión es que, de triunfar esta tendencia, por ahora incipiente en los Estados Unidos, se habrá consagrado el principio colectivista que exige considerar el interés de la sociedad por encima del interés del individuo.

Lo curioso, para decirlo en lenguaje delicado, es que tales tendencias se presenten y tengan vigencia en el corazón mismo del sistema liberal, justamente el que se levantó en torno a la noción de la libertad individual y los derechos inalienables del individuo frente al conjunto social, y que venga a ser precisamente ahora, cuando, por un lado, las doctrinas neoliberales vuelven a dominar la escena de la economía mundial y cuando, complementariamente, se han eclipsado, para no decir que han fracasado y desaparecido, las grandes doctrinas sociales colectivistas.

Es la paradoja actual de la bioética.

Junio, 10 / 1994

