

Enseñando Bioética: Prioridad de Substancia sobre Método

Ensinando Bioética: Prioridade de Substância sobre Método

Teaching bioethics: Substance Before Method

Miguel Kottow¹

PALAVRAS-CHAVES

- Princípios morais
- Temas Bioéticos
- Ética Baseada em Princípios
- Educação Médica

PALABRAS CLAVE

- Principios Morales
- Discusiones Bioéticas
- Ética Baseada em Princípios
- Educación Médica

KEY WORDS

- Morals
- Bioethical Issues
- Principle - Based Ethics
- Education, Medical

RESUMO

Ainda persistem as discussões sobre se a medicina possui uma moral interna, que estaria representada pela bioética. Alternativamente a bioética tem sido considerada como um método para resolver problemas éticos na clínica. Este artigo apoia o caráter disciplinar da bioética e sua função em refletir sobre a moral interna das práticas biomédicas. O principlismo não oferece uma análise suficiente rigorosa, como tampouco fazem as propostas mais pragmáticas. Baseado na mudança de caráter que está modificando a prática da medicina, se propõe redesenhar o currículo com base em 06 temas que estão marcando o futuro da medicina: o predomínio do econômico, a sofisticação tecnocientífica, a erosão entre saúde e enfermidade e entre medicina terapêutica e medicina dos desejos, a ênfase na medicina preventiva e pública e, finalmente, as repercussões de todas estas mudanças na realidade sanitária latinoamericana. Estes novos desafios requerem um debate axiológico renovado, mediado por uma bioética rigorosamente disciplinar, que amplie o âmbito moral dos educandos mais além do que somente dar-lhes uma competência algorítmica para resolver problemas ético-clínicos.

RESUMEN

Aún persisten discusiones acerca de si la medicina posee una moral interna, que estaría representada por la bioética. Alternativamente, la bioética ha sido considerada como un método para resolver problemas éticos en clínica. El presente artículo apoya el carácter disciplinario de la bioética y su función en reflexionar sobre la moral interna de las prácticas biomédicas. El principlismo no ofrece un análisis de suficiente rigor, como tampoco lo hacen las propuestas más pragmáticas. Basado en el cambio de carácter que está modificando la práctica de la medicina, se propone rediseñar el currículo en base a 6 temas que están marcando el futuro de la medicina: el predominio de lo económico, la sofisticación tecnocientífica, la erosión entre salud y enfermedad y entre medicina terapéutica y medicina desiderativa, el énfasis en medicina preventiva y pública y, finalmente, las repercusiones de todos estos cambios en la realidad sanitaria latinoamericana. Estos nuevos desafíos requieren un debate axiológico renovado, mediado por una bioética rigurosamente disciplinaria, que amplíe el ámbito moral de los educandos más allá de sólo darle una competencia algorítmica para resolver problemas ético-clínicos.

ABSTRACT

The internal morality of medicine is still under debate, as is the role of bioethics in representing this morality or, alternatively, serving as a problem-solving method. The present article supports the disciplinary character of bioethics and its function in reflecting upon the internal morality of medical practice. Principlism, as well as the more pragmatic approaches, lack analytic rigour to create a solid theoretical background for bioethics. Based on manifest changes in the medical paradigm, a restructu

ring in the teaching of bioethics is suggested, which takes into account the following areas of impending change in medical practice: the predominance of economic factors, the high-tech sophistication of medicine, the erosion of the distinction between health and disease and between needs and desires, the increasing influence of preventive medicine and public health and, finally, the repercussions of these changes on the health-care scenario in Latin America. All these challenges require a new approach to values involved, and a disciplinary bioethical reflection aimed at enlarging the moral realm of medical students way beyond the mere competency of solving ethical problems in clinical situations.

INTRODUCCIÓN

Existe una cierta desilusión en cuanto a los resultados alcanzados con la incorporación curricular de la bioética en la enseñanza superior. Es inquietante comparar los programas docente que reconocen y fomentan la existencia de una moral interna con reiterados estudios según los cuales el estudiante de medicina, lejos de enriquecer su perspectiva ética, ve erosionarse su perspicacia moral y su interés en los aspectos éticos de la medicina.^{1,2} Estos hallazgos son profundamente preocupantes para la educación médica, así como críticos acerca de la calidad y los contenidos de la bioética que se está enseñando en pregrado. Una similar desazón se ha diagnosticado frente al más reciente proyecto de formación ético-médica del American Board of Internal Medicine: "...las dimensiones pedagógicas de las publicaciones del *Proyecto Profesionalismo* son sorprendentemente magras, restringiéndose a sugerencias de tutoría, modelaje de roles, viñetas de discusión, y la recomendación de una lista de lecturas."³

A la luz de transgresiones morales severas que se cometen al interior de la profesión se ha llegado a plantear la ineficiencia de una formación ética fundamental y la necesidad de pensar en la posibilidad de seleccionar a los estudiantes de medicina a fin de rechazar a quienes padecen de alteraciones de la personalidad con deficiencias éticas notorias.⁴ La conclusión peligrosa sería desinsertar la enseñanza de la bioética del currículo de medicina, por lo que urge proteger la bioética como asignatura pero reformulando sus contenidos.

MORAL INTERNA Y MORAL EXTERNA

Desde que comenzó el auge de las éticas aplicadas a determinadas prácticas sociales, hubo discusiones acaso existe una ética general válida para todas las interacciones sociales, o si las profesiones establecen un código moral propio y específico para sus actividades. Si bien la medicina aparece provista de una ética médica tradicional arraigada en el pensamiento hipocrático, no han faltado también aquí voces disidentes convencidas que las actividades biomédicas se rigen únicamente por una ética común a toda la sociedad. Desde la publicación de Ladd,⁵ se reconoce la existencia de una moral interna a la

medicina o, al menos, de una ética médica que adapta y adopta los valores y preceptos de la ética general, matizándolos con los aspectos singulares que el ejercicio de la medicina requiere. No obstante, un grupo de pensadores mantiene la negativa de otorgarle a la medicina toda ética profesional específica.⁶ El debate es de gran importancia para quienes participan de la formación de médicos, pues deben dirimir acaso habrá un currículo de bioética con contenidos específicos para la práctica médica, o si se trata de reforzar la ética general y maniobrar su incorporación a la práctica médica.

La negativa de reconocer éticas específicas aparece claramente expresada en el pensamiento de Bilbeny, quien aboga por una "ética del mínimo común moral" consistente en tres principios: "1) Pensar por uno mismo; 2) Imaginarse en el lugar del otro a la hora de pensar, y 3) Pensar en forma consecuente con uno mismo".⁷ Desde el corte personal, más que interpersonal de esta propuesta, el autor concluye que la bioética puede cumplir sus desafíos con solo "adaptar los principios de una ética general a cada ámbito especializado." En consecuencia, sería suficiente que la resolución de dilemas bioéticos se inspire en una moral común a la cual adhieren todas las personas racionales.⁸

La postura inversa reconoce a las prácticas biomédicas una moral interna, propia y específica, articulada en un discurso bioético. Aquí es preciso distinguir claramente la vocación práctica de toda ética aplicada, vale decir, el esfuerzo por estructurar una reflexión coherente con las prácticas sociales en cuestión, del mero afán instrumentalista de buscar algoritmos y fórmulas que carecen de la profundidad reflexiva de desarrollar un pensamiento moral sólido, fundado, argumentable y revisable.⁹ El instrumentalismo cae fácilmente en el error éticamente sospechoso de desarrollar argumentos *ad hoc* que son lógicamente coherentes pero conducentes a conclusiones que nadie está dispuesto a adoptar.

Los críticos ven en la bioética una ética médica académicamente carente de influencia y poco respetada,¹⁰ incapaz de elaborar una reflexión universal o al menos de conciliar posiciones morales discrepantes. El discurso bioético se ha vuelto tedioso y rutinario.¹¹ Los académicos enfrascados en reflexiones éticas en ocasiones minuciosas o triviales, olvidan que la bioética es una ética aplicada y que su contenido ha de justificarse por ser de utilidad pragmática.¹² El currículo bioético actual, sea basado en el principialismo o en alguna de las estrategias de resolución de problemas -casuismo, situacionismo, pragmatismo clínico-, carece de contenido, limitándose a recordar a los profesionales sanitarios que sean respetuosos con la ética de los pacientes y que adhieran, como todo ciudadano, a la moral común de no dañar y de ser ecuanimes.

El adelgazamiento de la teoría lleva a una compleja contradicción en torno al status de la bioética, con consecuencias para su enseñanza. Por un lado, se le niega el carácter de una disciplina, por el otro se insiste que la bioética es una actividad multidisciplinaria, lo cual también es una falacia. Por multidisciplinaria se entiende una actividad

que requiere de una variedad específica de disciplinas, cada una haciendo un aporte indispensable para el desarrollo de la actividad. La construcción de un avión es una actividad rigurosamente multidisciplinaria, pero no lo es la bioética, ya que no se ha definido que necesariamente deba incorporar determinadas disciplinas a su quehacer. Es cierto que la bioética requiere elementos de filosofía, de sociología y de otras perspectivas, más ello no significa que necesariamente sea cultivada por un gremio donde cada una de las disciplinas que la nutren esté representada.

Lo anterior significa que la enseñanza de la bioética no se le encomienda a los representantes de todas las disciplinas involucradas, sino a quienes tienen la visión transdisciplinaria para saber construir el discurso bioético con elementos de diversas fuentes. Por la misma argumentación, un profesional de la salud que sólo se propone enseñar a resolver problemas ético-médicos y a aplicar un escueto listado de principios, carecerá de esta visión transdisciplinaria que le permita estructurar un pensamiento bioético sólido y coherente.

BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

La primera escuela de pensamiento bioético fue el principialismo de Georgetown, basado en los postulados éticos del Informe Belmont, elaborado, a su vez, para ordenar los requerimientos éticos de las investigaciones biomédicas con seres humanos. Ya este trasfondo conceptual debiese haber sido diagnosticado como inadecuado, pues el análisis ético en torno a un protocolo de investigación y a los probandos reclutados, difiere substancialmente de la situación de los pacientes en el encuentro clínico. Desde un comienzo, hubo voces disidentes que no reconocían el lenguaje de principios éticos ni aceptaban su utilidad y viabilidad en el análisis de dilemas ético-médicos, mucho menos aún en materias de bioética social, bioética ecológica o bioética de la salud pública.

La refundición de los principios en ética de mínimos y de máximos atenta igualmente contra un discurso bioético estructurado. La ética de mínimos,¹³ cuya filiación se retrotrae a T. Adorno, aunque él usara el término en otro sentido,¹⁴ es estrictamente procedimental y rehuye explícitamente todo contenido, lo cual para una ética aplicada es totalmente insuficiente en la medida que tiene que preocuparse de problemas y dilemas concretos y aspirar a soluciones pragmáticas. Esta crítica es asimismo válida para todos los intentos de ver en la bioética una propuesta únicamente metodológica cuyo desideratum es ofrecer soluciones a problemas que carecen de toda capacidad de generalización; estas orientaciones basan la enseñanza de la bioética en el análisis de casos en ausencia de una sólida formación teórica y utilizan los principios como guías de orientación y no como máximas morales. El resultado es un situacionismo que es muy vulnerable a circunstancias y contextos, lo cual ayuda a explicar el progresivo debilitamiento de la solidez moral a medida que el educando avanza en sus estudios médicos.

En un reciente análisis de los cuatro principios, D. Gracia los jerarquiza, ubicando la no maleficencia y la justicia en primer orden por ser principios que atienden necesidades públicas, en tanto autonomía y beneficencia son relegadas a segundo lugar en tanto maximizaciones privadas. En ese sentido, tal vez pueda entenderse la reflexión de Gracia al definir como ética de mínimos a la justicia y a la no maleficencia, y como ética de máximos a la autonomía y la beneficencia. Su argumentación, sin embargo, se refiere a la ética social y a la moral pública, con lo cual podría hablarse de estos principios como pre-bioéticos.¹⁵

La conclusión que emana de esta clasificación, aunque no explícitamente formulada, es el quiebre del cuadrilátero bioético de Georgetown, ya que justicia y no maleficencia abandonan el campo de la práctica y se sitúan como componentes esenciales del pensamiento ético no específicamente bioético. Autonomía y beneficencia, por su parte, al constituirse en intereses privados de una ética de máximos, quedan igualmente exiliados de un lenguaje ético con pretensiones universales y tampoco se constituyen en elementos específicos del discurso bioético.

El paciente es depositario de ciertos derechos que deben ser respetados y apoyados, y los cuatro principios debieran recordar que el primer deber moral de los agentes sanitarios es reconocer y cultivar estos derechos del paciente. No obstante, el principialismo dirige su discurso hacia los agentes, poniendo a su disposición estos derechos para que los justifiquen, los modifiquen y los limiten mediante la discusión académica y el establecimiento de normas de acción.

El paciente que rehúsa tratamientos por considerarlos demasiado lesivos a su calidad de vida, está ejerciendo su autonomía y la tarea moral del agente es respetar esa voluntad autónoma en independencia del *lege artis* médico. Al insistir en el principio de autonomía pero otorgar su administración al agente médico, el principialismo adopta una posición ambigua frente a las diversas autonomías presentes en el encuentro clínico. Se confirma esta aseveración por la frecuentísima opinión bioética según la cual la autonomía del paciente no es absoluta, es decir, que la autonomía del agente puede predominar en el presunto interés del paciente.

Otro tanto ocurre con la beneficencia, que correctamente es la estimación por el paciente de beneficios/costos a esperar de la acción diagnóstica o terapéutica propuesta. La moralidad médica consiste precisamente en aceptar que la beneficencia debe ser evaluada por el paciente desde su perspectiva biográfica y existencial, el agente sanitario teniendo una obligación más técnica que moral de explicar las diversas alternativas y sus consecuencias. Tanto en el tema de la autonomía como en la beneficencia, el principialismo le otorga un rol excesivamente activo al agente y olvida que el paciente es irrestrictamente autónomo en tanto no dañe a terceros ni lesione el bien común, y libre para estimar los beneficios que la práctica médica le ofrece; si

su autonomía tiene restricciones, éstas deberán provenir de normas acordadas y no del criterio individual del médico. Toda limitación a los derechos del paciente requieren una argumentación muy consistente y un quehacer librado de la opinión personal del agente. Los innecesariamente extensos debates sobre confidencialidad y veracidad son la muestra del error principialista, que se dirige al agente para recomendarle cautela y prudencia en estas materias como si fuese un signo de excelencia ética que el agente regule el grado de confidencialidad que concede o que administre la información veraz según criterios propios.

A primera vista, la no maleficencia se da como una exigencia ética al agente, pero el *primum non nocere* hipocrático es la condición *sine qua non* de la práctica médica y, en rigor, de toda ética. Es una determinante trascendental porque se constituye en la condición necesaria y preliminar para el actuar médico. La maleficencia es incompatible con la práctica médica, de modo que evitar todo daño intencionado no constituye un rasgo de excelencia ética sino un mínimo intransable. Un profesional que no obra desde el requerimiento básico de evitar todo daño innecesario en su paciente, es éticamente un médico que no debiera ejercer la profesión.

La medicina más instrumental y sofisticada opera con niveles altos de riesgos y complicaciones que tienen por consecuencia que el paciente será potencialmente dañado en el esfuerzo de serle terapéuticamente útil. La situación se aproxima a la doctrina del doble efecto, en que el bien intencionado no es alcanzable sin un mal acompañante. Sin embargo, el punto esencial es que la decisión de aceptar intervenciones con riesgos inevitables sólo puede ser tomada por el paciente, en conformidad con el ejercicio de su autonomía en decisiones debidamente informadas.¹⁶ Nuevamente, la ética del agente debe centrarse en respetar y facilitar el proceso decisional que fundamentalmente está centrado en el paciente.

Más que un principio bioético, la justicia es el valor capital de toda ética general, pero que por su naturaleza no constituye una guía de acción individual.¹⁷ La justicia tiene traducción operativa sólo indirecta en el ejercicio interpersonal de una ética aplicada. El agente actúa en ecuanimidad desde una postura ética trascendental que compromete a toda persona cuyas decisiones y actos afectan a otros, debiendo hacerlo en el espíritu de justicia y en consideración por el bien común. A nivel social, la reconocida primacía de la justicia sanitaria en países de desarrollo insuficiente dirige sus requerimientos y prescripciones a la filosofía política y al ordenamiento social, más que al actuar individual de los prestadores de salud.¹⁸

La enseñanza de la bioética principialista aparece doblemente falaz 1) Requiere del agente que haga valer y respetar la autonomía y la beneficencia que al paciente corresponden, pero desconoce que no es el agente quien otorga estos valores, sino que es llamado a no interferir con ellos. Los iterativos debates de estos principios otorgan al agente un indebido poder de decisión sobre su vigen-

cia, constituyendo así un paternalismo encubierto. 2) Recuerda al agente que, como todo actor social que influye sobre otros, está en la obligación moral de no provocar daños innecesarios y de respetar la justicia y el bien común, lo cual constituye una agenda ética muy general y que no aborda la moral interna propia a las profesiones sanitarias.

NUEVOS PERFILES DE LA PRÁCTICA MÉDICA

La medicina se ve sometida a enormes tensiones valóricas que se exacerban con los cambios en su perfil de actividades y tareas, a tal punto que algunos pensadores sugieren dejar de hablar de medicina en el sentido tradicional y terapéutico del concepto.¹⁹ Es tarea impostergable de la ética tomar consciencia de estas transformaciones estructurales de las profesiones sanitarias, a fin de ayudar en el desarrollo de un discurso bioético que permita enfrentar los nuevos desafíos valóricos que se anuncian. Basta enumerar temas biomédicos como eutanasia, selección embrionaria, manipulación génica o clonación para reconocer que la medicina enfrenta problemas de gran envergadura en los que el análisis valórico de la bioética es fundamental.

Lo importante es determinar cuáles son las circunstancias en que se ejerce la medicina, para ponderar si estas circunstancias requieren la aplicación de un modo ético propio de llevar a cabo la práctica médica. Estas circunstancias, haciendo abstracción de aspectos multi-culturales específicos, son al menos seis y constituyen el fundamento para la elaboración de una moral interna robusta que ha de dar fundamento a una dinámica docente reflexiva de la bioética:

En lo que sigue, se intenta una breve reconstrucción temática de estos factores, por cierto que dispuesta a correcciones y de ninguna manera la única posible.

1. El predominio de lo económico en los servicios médicos.
2. La sofisticación tecnocientífica de la práctica médica.
3. La erosión de la distinción entre salud y enfermedad.
4. La pérdida de las prioridades entre lo necesario -medicina terapéutica- y lo deseable -medicina desiderativa-.
5. El énfasis en la medicina preventiva y pública.
6. La realidad médico-social y el enfoque bioético latinoamericano.

1. Dependencia económica de servicios médicos

Los actores y las instituciones involucradas en servicios médicos se encuentran con que factores de tipo económico co-determinan y con frecuencia creciente distorsionan decisiones médicas y modifican el análisis estrictamente tecnocientífico, de modo que los pacientes no reciben las exploraciones diagnósticas y los tratamientos que médica-

mente estaría indicado proponer, sino aquellos que el sistema financiero autoriza.

Llevaría muy lejos entrar en el análisis de la dependencia general de la medicina con respecto al conjunto de fuerzas económicas, financieras, industriales, farmacológicas y otras, que la modulan y reestructuran. La educación médica debe enfrentar estas realidades y dotar al futuro profesional de una sólida formación bioética que le ayude a confrontar los valores de la excelencia médica con los apremios financieros, a evaluar la legitimidad de las necesidades del paciente frente a los intereses económicos de prestadores de atención médica y a darle coherencia ética e integridad a su quehacer.

2. Sofisticación de la medicina

En pocos lustros la medicina basada en evidencia (MBE) ha ganado amplia aprobación de clínicos e investigadores como el método que da solidez al conocimiento biomédico. Su reinado ha sido limitado, no obstante, por quienes entienden que la MBE se rige por cánones estrictamente pragmáticos, que se cumplen a costa de aspectos ético-médicos importantes, además de constituir un atentado contra la autonomía y la integridad del médico.

La medicina de base científica estimula el desarrollo de la medicina sofisticada con costos cada vez más elevados y márgenes entre beneficios y efectos negativos que se reducen progresivamente. A menos que el médico refine su análisis valórico, será un mal consejero para ayudar a sus pacientes a tomar decisiones informadas. El médico debe tener una visión enfocada sobre los valores y parámetros existenciales del paciente, ya que en situaciones de sofisticación biomédica la decisión que tomará es más costosa, más riesgosa y de beneficios más marginales. La tensión entre lo médico y lo existencial ha sido descrito por Veatch²⁰ como la dicotomía entre bienestar total y bienestar médico. Corresponde a las humanidades médicas formar en el estudiante la convicción que el conocimiento y el ejercicio de la medicina no se agotan en la perspectiva científico-natural; que el paciente, más que portador de una patografía, vive una biografía lesionada que requiere una atenta interlocución y una compleja interacción valorativa.

3. Límites entre salud y enfermedad

Posiblemente el más grande desafío bioético frente a la medicina del futuro sea la erosión de los límites entre salud y enfermedad. El estado de salud aparece más cuestionado mientras más minucia diagnóstica y preventiva se desarrolla, de manera que el médico comenta y propone estilos de vida para personas sanas pero que tienen algún parámetro de laboratorio alterado. La medicina, ante todo por intermedio de la genética, está aprendiendo a intervenir en el organismo humano presuntamente sano con fines meliorativos y perfectivos, de modo que las personas ya no recurren al médico para paliar sufrimientos o curar enfermedades, sino para modelar algún aspecto morfo-

lógico o funcional como la longevidad, la mantenida potencia sexual, el crecimiento corporal, la reproducción en situaciones cada vez más artificiales o de seres programados según deseos personales, etc. La reformulación de lo que una sociedad post-industrial acepta como salud y enfermedad desestabiliza el rol tradicional del agente sanitario de "curar el cuerpo mediante el cuerpo."²¹ La medicalización activa de la salud es propiciada por la medicina y alegremente aceptada por la ciudadanía.

Sin entrar en el detalle de un tema complejo, queda a la vista que el médico se ve envuelto en conjuntos nuevos de dilemas éticos, para los cuales ni la medicina ni la bioética como hoy se enseña lo preparan.

4. Erosión entre necesidad y deseo

Con la distorsión de los límites entre salud y enfermedad, las personas ya no son pacientes con expectativas terapéuticas ni tampoco se limitan a la perspectiva de la llamada medicina predictiva, que aspira a evitar enfermedades mediante diagnósticos precoces y medidas preventivas eficaces. Las indicaciones médicas pasan a segundo plano y se reemplazan por nuevas exigencias de tipo desiderativo, convirtiendo al médico en un servidor de deseos y aún de caprichos. A la inversa de lo tradicional, se produce aquí un proceso pasivo de medicalización de deseos biológicos de la ciudadanía, que es a su vez alegremente aceptada por la medicina. El individuo es ahora un cliente que contrata servicios biomédicos que colman sus aspiraciones, con lo cual genera arbitrariedades e injusticias, ya que la interacción biológica, siempre de alto costo, pasa a ser un bien solventable por algunos y que tiene consecuencias irreversibles que ahondan la brecha entre pudientes y desposeídos. Tanto la popularización de la información médica como la ampliación de las competencias de la medicina, invitan a las personas a solicitar del médico la aplicación de sus habilidades y conocimientos a cumplir deseos de mejoramiento corporal, cuya legitimidad y sustentabilidad económica requieren una reflexión ética tanto más compleja por los intereses económicos involucrados en este tipo de servicios.

5. El énfasis creciente de la medicina preventiva y pública

La bioética tradicional ha puesto máximo énfasis en la relación médico-paciente, lo cual es históricamente comprensible desde la abogacía de A. Hellegers en pro de los derechos del paciente y su participación activa en el encuentro clínico. No obstante, el desarrollo de la medicina contemporánea requiere una mayor atención a los aspectos públicos de lo médico. Es cierto que el rol del Estado en el otorgamiento de servicios médicos terapéuticos ha ido declinando y es cuestionado en el ambiente neoliberal actualmente predominante, pero el debate en torno a los derechos a atención médica sigue vigente y esencial sobre todo en naciones del Tercer Mundo. Otras preocupaci-

ones como la ecología, los estilos de vida, el envejecimiento poblacional, las drogas, se hacen presentes con fuerza en el ámbito médico público y convocan a una reflexión ética que sobrepasa las relaciones interpersonales. La fluoración del agua potable o la prohibición de fumar en espacios públicos son ejemplos de medicina llevada al ámbito social para reducir mediante medidas preventivas el impacto de enfermedades cuyo tratamiento individual es de alto costo y de bajo rendimiento curativo. La genética clínica, a su vez, ha sido erróneamente vista como una medicina circunscrita a valores individuales, en circunstancias que su impacto poblacional requiere una visión bioética desde la salud pública.²²

Esta ampliación de la esfera pública y la preocupación bioética por el bien común más allá del bienestar individual, significan dotar al futuro médico de la capacidad de sobrepasar la reflexión en torno a los valores de la relación médico-paciente y a considerar que el bien común debe en ocasiones predominar sobre los deseos y la autonomía individual.

BIOÉTICA LATINOAMERICANA

Desde el instante que se habla de una moral interna propia a la medicina, queda sugerido que las características y contingencias de las prácticas médicas requerirán una reflexión bioética propia. No es lo mismo ejercer la medicina en un país que tiene un ingreso *per cápita* diez veces superior al de otros, ni es comparable el clima social de una medicina ejercida en un país liberal que en una acción comprometida con la medicina social. El progresivo énfasis en la medicina pública incrementa aún más la dependencia de la práctica médica con respecto al ordenamiento social y político en que se practica.

Las diversas formas cómo una nación aborda sus problemas sanitarios tiene directa influencia sobre la bioética. En Latinoamérica se ha establecido el principalismo, se lee y escucha a bioeticistas provenientes de otras latitudes y de diversas y distantes culturas, se olvida que las publicaciones sobre bioética sólo muy ocasionalmente se preocupan de tener validez más allá de las fronteras de su origen. Es imperativo que nuestros currícula sensibilicen al estudiante hacia un pensamiento bioético autóctono y atingente a la realidad sanitaria en que deberá desenvolverse. Esto es tanto más necesario, por cuanto dentro de la bioética se están produciendo reflexiones que pretenden debilitar el rigor de las normas éticas y establecer prácticas de investigación y de distribución de fármacos, que se acomodan a un doble standard, rigurosamente protectores para la ciudadanía del Primer Mundo, más permisivos y aun negligentes en el resto de las naciones.^{23, 24}

Sea éste u otro el esqueleto temático de la bioética, no cabe duda que los países latinoamericanos no podrán conformarse con enseñar la asignatura como una metodología más dentro del ejercicio de las profesiones sanitarias. Tampoco podrán asumir las doctrinas religiosas que sus mayorías profesan, por cuanto el multiculturalismo y el secularismo

han permeado las costumbres y el modo de vivir de grandes segmentos poblacionales, cuya convicciones religiosas está siendo cada vez más excluida de las decisiones sociales que intentan ser seculares y multiculturales. Por no ser sociedades igualitarias que pudiesen confiar en relaciones sociales contractuales, la bioética latinoamericana ha de constituirse en una disciplina temáticamente rica y propia, donde los actores sociales deben adquirir una robusta ética profesional capaz de reemplazar el contrato por el compromiso. Las dificultades de llevar a la práctica estos planteamientos no les resta urgencia.

El profesional en formación debe ser dotado de las herramientas conceptuales para enfrentar estos desafíos y no permitir que un currículo ordenadamente principalista y resolvidor de problemas lo anestesie a los grandes problemas bioéticos que requieren su atención.

CONCLUSIONES

La presencia de la bioética en el currículo de las profesiones biomédicas, no ha dado los frutos deseados. De confirmarse esta tendencia, apoyaría el planteamiento de Kohlberg, en el sentido que la maduración moral del individuo ya está rígidamente completada cuando ingresa a los estudios superiores. La ética aplicada trabaja en el entendido que no podrá modificar el nivel moral del educando, pero sí está en condiciones de ampliar el ámbito de reflexión para abarcar los problemas morales que necesariamente acompañan a la formación y ejercicio de nuevas prácticas sociales.²⁵ Contrariamente a lo frecuentemente postulado,²⁶ la bioética deberá considerarse como una disciplina estructurada que enseña los procesos de razonamiento y decisión que corresponden a una ética aplicada a las prácticas biomédicas.²⁷ En tanto disciplina tendrá una tradición de reflexión, contenidos teóricos y habilidades de ejercicio, diferenciándose claramente de una mera técnica que pretende enseñar a manejar situaciones en forma eficiente, como lo propone el pragmatismo clínico.²⁸ La bioética precisa reorientar sus esfuerzos para reflexionar sobre la ética propia del agente sanitario, más allá de refrescar la moral común y de recordar la necesidad de respetar la ética de los pacientes. Los mencionados procesos sociales que tensionan la medicina del futuro configuran el escenario en el cual la bioética tiene que reflexionar y proponer una sólida formación valórica para los futuros actores del quehacer sanitario. Considerando que la ética ha de reflexionar acerca de prácticas biomédicas profundamente cambiantes, será preciso que adapte su lenguaje y su temática a estas nuevas realidades. Sin desconocer la importancia de la ética del encuentro clínico, la bioética debe esclarecer la relación de la medicina individual con los valores comunitarios, la interacción del universalismo ético con las exigencias del multiculturalismo, los cambios de paradigma de la práctica médica y las modificaciones axiológicas que todos estos procesos conllevan. Las tareas propuestas tienen en común que la práctica de la medicina sigue siendo un ejercicio de excelencia tecnocientífica, mas esta excelencia debe ponerse al servicio de los valores que justificarán, reforzarán y modi-

ficarán, mas en ocasiones también debilitarán, los esfuerzos pragmáticos, todo ello en respeto a la prudencia, los valores biográficos y multiculturales de los afectados, y a la contribución al bien común.

El principialismo y de los esquemas éticos que obedecen al espíritu del "problem-solving" pragmático, deberán reconocer su insuficiencia para enfrentar la práctica biomédica que respeta tanto la razón pragmática como la comunicativa. Perderán importancia los ejercicios retóricos que actualmente se despliegan en torno a decisiones dramáticas que afectan el comienzo y el término de la vida, alternativas trágicas, situaciones de doble efecto, administración de recursos residuales, etc. Gran parte de la bioética catastrófica no es otra cosa que una usurpación de la voluntad ética, en que los bioeticistas ejercitan y refuerzan el poder de decisión del médico cuando en realidad es al afectado a quien corresponde dirimir alternativas, tomar las decisiones que lo atañen, y asumir las opacidades éticas que muchas de estas decisiones no pueden evitar. En todo este complejo de dilemas y problemas, la bioética tiene que resituar las potestades éticas, distinguiendo las decisiones que comprometen al agente de aquellas que deben quedar en manos de los afectados.

Hay un permanente y creciente énfasis de la medicina en el saber hacer, y de la bioética en adquirir la competencia de decidir adecuadamente la aplicación del saber médico. El futuro de la bioética no está en enfatizar el saber hacer sino más bien en el saber proponer. El médico del futuro será más consejero que ejecutor, y su prestancia ética deberá fortalecer su capacidad de interrelación por sobre la de decisión. La tarea es enseñar una bioética más compleja que el esquematismo de algunos principios, el ejercicio de algoritmos para solucionar dilemas bioéticos o la elegancia de una retórica dedicada a desmenuzar problemas complejos pero alejados de la realidad práctica, como el dilema del prisionero o la situación del bote salvavidas sobrepoblado. Consciente de sus raíces ético-filosóficas y, ante todo, preocupada de los valores que entran en juego en el escenario del encuentro clínico, la bioética debe desarrollar y enseñar un discurso teórico robusto, una capacidad de reflexión que aspire a una universalidad que supere el mero pragmatismo, y una preocupación por formar agentes sanitarios conscientes de los límites pero también de las profundidades de sus potestades y sus responsabilidades morales.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howe EG. To Teach Ethics Better-Lie. *The Journal of Clinical Ethics* 2001; 12: 97-110.
2. Kottow M, Alvarez C, Santander P, Urrutia P, Cumsille F, Roa A. Cambios de actitudes éticas a lo largo de los estudios de medicina. *Rev. Méd. Chile* 1993; 121: 379-384.
3. Wear D, Nixon LL. Literary inquiry and professional development in medicine. *Perspectives in Biology and Medicine* 2002; 45: 104-124.
4. Lowe M, Kerridge I, Bore M, Munro D, Powis D. Is it possible to assess the <ethics> of medical school applicants ? *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 404-408.
5. Ladd J. The internal morality of medicine. En: Shelp E: *The clinical encounter*. Dordrecht, D. Reidel, 1983. 209-231.
6. Veatch RM. The impossibility of a morality internal to medicine. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2001; 26:621-642.
7. Bilbeny N. *La revolución de la ética*. Barcelona, Anagrama, 1997.
8. Gert B, Culver CM, Cluser KD: Common Morality versus Specified Principlism: Reply to Richardson. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2000; 25: 308-322.
9. Iltis AM. Bioethics as methodological case resolution. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2000; 25: 271-284.
10. Callahan D. Judging the Future: Whose Fault Will It Be? *Journal of Medicine and Philosophy* 2000; 25: 677-687.
11. Jonsen AR. Why Has Bioethics Become So Boring? *Journal of Medicine and Philosophy* 2000; 25: 689-699.
12. Iltis AM. Bioethics as Methodological Case Resolution: Specification, Specified Principlism and Casuistry. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2000; 25: 271-284.
13. Cortina A. *Ética mínima*. Madrid, Tecnos, 1994.
14. Adorno T. *Mínima Moralia*. Frankfurt A.M., Suhrkamp, 1985.
15. Gracia D. Hard times, hard choices: founding bioethics today. *Bioethics* 1995; 9: 192-206.
16. Veatch RM: Doctor Does Not Know Best: Why in the New Century Physicians Must Stop Trying to Benefit Patients. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2000; 25: 701-722.
17. Gert B, Culver CM, KD Clouser. *Bioethics. A return to fundamentals*. New York/Oxford, Oxford Univ. Pr.,1997: 76.
18. Kottow M. Sanitary justice in scarcity. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15 (Supl. 1): 43-50.
19. Mori M. The twilight of ?medicine? and the dawn of ?health care?: Reflections on bioethics at the turn of the millenium. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2000; 25: 723-744.
20. Ver 1:703.
21. Pellegrino E, Thomasma D. *A philosophical basis of medical practice*. New York/Oxford, Oxford Univ. Pr. 1981: 73.
22. Kottow M. Salud pública, genética y ética. Manuscrito en evaluación editorial.
23. Garrafa V., Prado MM. Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo étívco e controle social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001; 17: 1489-1496.
24. Kottow M. Who is my brother's keeper? *Journal of Medical Ethics*. En prensa.

25. Kottow M, Schramm FR. Desarrollo moral en bioética: ¿Etapas, esquemas o ámbitos morales? Rev. Bras. Educ. Méd. 25: 25-31, 2001.
26. Seedhouse D. Why bioethicists have nothing useful to say about health care rationing. Journal of Medical Ethics 1995; 21: 288-291.
27. Kottow M. In defence of medical ethics. Journal of Medical Ethics 25: 340-343, 1999.
28. Fins JJ, Bacchetta D, Miller FG. Clinical pragmatismo: A method of moral problem solving. Kennedy Institute of Ethics Journal 7: 129-146, 1997.

Dirección Postal

Casilla 16168 Correo 9, Santiago de Chile

Electrónica: kottow@hotmail.com

Guarvie@ctcreuna.cl