

CE PHARMA S.A.
LA ÉTICA EN SALUD. EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y TENDENCIAS
CONTEMPORÁNEAS DE DESARROLLO

Dr. C. Marcelino Pérez Cárdenas.

Empresa CePharma Sociedad Anonima.

Resumen.

En el trabajo se delimita el campo de la ética en salud, se expone sintéticamente su desenvolvimiento histórico y se fundamenta su importancia práctica. Se documentan las primeras manifestaciones, en el seno de la deontología médica internacional, de las nuevas tendencias en este campo y como las mismas sirvieron de premisa para el surgimiento de la bioética médica. Las tendencias contemporáneas son abordadas desde el ángulo de sus referentes históricos, teórico - metodológicos, ideológicos y práctico - organizativos. Atendiendo a estos, se caracteriza, tanto la escuela anglosajona, como el desarrollo ulterior de la bioética médica hasta nuestros días, destacándose el hecho de que éste ha entrado en una nueva fase, donde ya comienzan a recibir atención los problemas éticos de la salud pública.

Se concluye, que la bioética médica, más que una disciplina o una tendencia, constituye un paradigma en formación o conjunto de tendencias, que son expresión de la extensión del paradigma socio - médico a la esfera de la ética en salud, lo que explica su convergencia con otras corrientes, presentes en el desarrollo de la salud pública contemporánea, como la promoción de salud orientada hacia el empoderamiento, la abogacía y la lucha por la equidad en salud. Finalmente, la bioética médica es caracterizada como un campo de lucha dentro del pensamiento y la práctica salubrista contemporáneos, donde también se dirige el bienestar y la salud del hombre.

INTRODUCCIÓN.

La ética en salud constituye un campo de conocimiento y práctica de límites aún insuficientemente definidos, que tiene como antecedente a la Ética médica - ética aplicada a la actividad profesional del médico, y por extensión a la de los demás profesionales de la salud - cuyo desenvolvimiento iría aparejado al de esta profesión.

Entre los profesionales de la salud, la ética ha sido tradicionalmente asumida como un conjunto de exigencias institucionales hacia su conducta profesional, las cuales se manifiestan en la práctica, como normas de comportamiento que gozan del reconocimiento generalizado de la comunidad profesional de que se trate. Las desviaciones son constantemente corregidas por esta, apelando, en oportunidades, al enjuiciamiento y sanción públicos de los infractores, frecuentemente, en respuesta a demandas de usuarios de los servicios, cuyos intereses han sido lesionados.

Esto explica que la ética, resumida en códigos, haya sido adoptada en el sector salud, más como una cuestión práctica, que como una reflexión sistemática sobre la práctica real. En otras palabras, ha sido mayor la preocupación por establecer los límites de la buena praxis, que por la generación de evidencia científica orientada a su perfeccionamiento.

Con ello, la ética ha sido mutilada en sus funciones esenciales: describir y analizar el cada vez más complejo entramado de las relaciones humanas en la esfera de la salud y, sobre esta base, prescribir, es decir, proyectarse en relación con las normas, conductas y valores vigentes, con propósitos educativos. El practicismo extremo ha conducido, de modo aparentemente paradójico, a la insuficiente atención a las cambiantes necesidades engendradas por la actividad humana en esta esfera.

En las últimas décadas, y como consecuencia de la confluencia de diversos factores, se ha venido produciendo un redimensionamiento del campo de la ética en salud y, consecuentemente, cambios en la actitud de los profesionales del sector hacia esta. La consideración pragmática, practicista, que negaba espacios

a la ética como materia de enseñanza, de investigación científica y de reflexión cotidiana, ha comenzado a ser superada. La creencia en que para comportarse éticamente, bastaba con ser bueno en los planos científico - técnico y personal ha ido quedando atrás. La ética en salud se va transformando paulatinamente en cuestión de auténtica relevancia práctica, íntimamente vinculada al mejoramiento de la calidad de los servicios, a la oferta de servicios de excelencia.

Sin embargo, el campo de la ética en salud se ha tornado en extremo complejo, plagado de propuestas disímiles, e incluso divergentes, que responden a la diversidad de los contextos socio - culturales y sistemas de salud en que son engendradas. Esto obliga a una minuciosa labor de discernimiento de los aspectos históricos, teórico - metodológicos, ideológicos y práctico - organizativos de estas, con el fin de caracterizarlas y evaluar su significación en el desarrollo de la salud pública contemporánea, objetivo al cual se encuentra dedicado el presente trabajo.

DESARROLLO.

La Etica Médica.

La Etica Médica en la Antigüedad. Los orígenes de la Etica Médica se remontan al mundo antiguo. El Código de Hammurabi (1753 a. n. e) incluye en su articulado, desde tan temprana época, un conjunto de preceptos orientados a la regulación del ejercicio de la Medicina. El conocido Juramento Hipocrático - que forma parte del Corpus Hippocraticum, colección de escritos médicos de épocas y escuelas diversas recopilados en el siglo III a. n. e. - constituye el documento más importante de la tradición ética occidental en Medicina. El análisis de éste y otros escritos de la época, como los Consejos de Esculapio y las obras de Galeno, ha permitido caracterizar, con suficiente precisión, la ética médica en la Antigüedad.

Esta es una ética profundamente naturalista, al considerar que el ajustamiento al orden natural constituye el criterio supremo de moralidad. Así, por ejemplo, las enfermedades crónicas eran comúnmente atribuidas a un desarreglo de las costumbres - mores - por defecto o por exceso (abuso de la bebida, de la comida, de otros placeres). Esta transgresión de costumbres naturales o ajustadas

al orden natural - que era asumido como único orden moral - determinaría que estas enfermedades fuesen consideradas enfermedades morales y que quienes las padecían - in firmus - fuesen tenidos por sujetos faltos de firmeza, no sólo física, sino también moral, fuesen tratados como incapacitados físicos y morales.

Como consecuencia directa de esto, el médico hubo de convertirse en moralista, en alguien capacitado para decidir qué es bueno y qué es malo para el enfermo, en un padre obligado a tomar decisiones en su lugar, porque él es como un niño pequeño incapacitado para hacerlo, en una madre que le hace más grata la enfermedad y en un sacerdote de la naturaleza que tiene poder sobre la vida y la muerte y actúa como mediador con el mundo divino. Estas actitudes, que de modo natural correspondió asumir al médico, han recibido en la literatura la denominación genérica de paternalismo infantil. Así nacería la difundida práctica de no brindar información al paciente sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad.

En resumen, se configuró, de modo natural, una situación en que el enfermo era considerado, no sólo un desvalido físico, sino también moral, correspondiendo al médico moralmente virtuoso la función de férreo director espiritual de éste, que no sólo aconseja, sino que decide en su nombre, le impone pautas de comportamiento y exige obediencia (Gracia D, 1989). Todo ello, inspirado en el Juramento Hipocrático que establece los principios éticos de procurar el máximo bien posible para el paciente (Beneficencia) y de evitar causarle daños (No - Maleficencia).

La Ética Médica en el Medioevo. El paternalismo Hipocrático trascendió sin dificultad alguna a la época medieval. Solo que ahora, por sobre el “orden natural”, se alzaría el “orden sobrenatural” como criterio supremo de moralidad. El “Juramento de Asaph” y la “Plegaria del Médico” de Maimónides constituyen testimonios de ello. La novedad de la ética médica medieval se reduce, básicamente, al tono marcadamente místico de la misma, expresión del dominio del credo monoteísta cristiano en la vida espiritual de la época.

El ajustamiento al orden natural conservaría su vigencia, pero sólo en calidad de criterio de moralidad supeditado a un criterio superior: el ajustamiento al orden divino. Así, el paradigma médico - filosófico propio de la Antigüedad sería subsumido en el paradigma médico - teológico típico de la época medieval. El cristianismo sería considerado “religión de enfermos” o “religión médica”. Su divisa sería: “curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”. En correspondencia, se reconocerían dos ciencias: la Teología, para la salvación del alma, y la Medicina, para la salvación del cuerpo. El pecado, sería concebido como “enfermedad del alma”, y la enfermedad, como “pecado del cuerpo” (Minetti JA, 1989).

El rol sacerdotal del médico se potenciaría al máximo. La figura del médico - sacerdote, con su prédica de filantropía y ascetismo místicos tipificaría la atención de salud en la época. El Juramento Hipocrático sería cristianizado, pero sin alterarlo en su esencia. Así, el cristianismo otorgaría universalidad a la ética hipocrática, garantizando su vigencia a lo largo de muchos siglos.

Conforme a la ética cristiana, los deberes del médico medieval se resumían en la obligación moral de asistencia gratuita a los pobres, el compromiso de atender las necesidades religiosas del paciente, el cumplimiento de sus responsabilidades civiles establecidas en la legislación relativa al ejercicio de la profesión y el acatamiento de las normas de etiqueta profesional.

Es menester precisar, que la Medicina iría alcanzando el rango de profesión, sólo durante el período final de la época, dejando de estar, paulatinamente, en manos de clérigos, para comenzar a ser ejercida por laicos ilustrados, conscientes, no obstante, de su rol sacerdotal.

Los profesionales de la Medicina no conformaban aún un grupo social independiente, autorregulado, con facultad para determinar quién pertenece al mismo y cómo debe comportarse, tal y como acontecería en el mundo moderno.

La Ética Médica en el mundo moderno. El llamado mundo moderno nació con el capitalismo. Su advenimiento trajo aparejadas significativas transformaciones en la sociedad de la época y, consecuentemente, en su vida política y espiritual. El Estado se separaría de la Iglesia. Esta y la religión irían perdiendo su posición

dominante. La Filosofía y las Ciencias Naturales se liberarían progresivamente de la Teología. El hombre, y no Dios, sería considerado el auténtico creador de un orden moral, moldeado según su razón y su voluntad, mediante su libre actividad en todas las esferas de la vida. El liberalismo burgués constituiría la ideología inspiradora de tan transcendentales cambios.

La Etica se haría antropocéntrica (pondría al hombre en el centro de sus reflexiones). La moral dejaría de ser concebida como heterónoma, es decir, determinada por algún ente (naturaleza, Dios) distinto al propio hombre, para ser asumida como autónoma y fundada únicamente en la racionalidad científica. Sobre esta base, la Etica se constituiría en disciplina científica independiente y se desarrollarían las éticas profesionales como deontologías o doctrinas del deber profesional.

Con el surgimiento de los colegios médicos, la Etica Medica dejaría de ser cuestión personal del profesional, para transformarse en cuestión institucional. Estos cuerpos profesionales se controlarían a si mismos valiéndose de un código de ética o deontológico de carácter interno. Así, la Etica Médica se desplegaría y consolidaría como Deontología Médica.

Entre los siglos XVI y XVIII se publicarían varios tratados deontológicos que sirvieron de antecedente a la obra clásica de la Deontología Médica: La Etica Médica, del inglés Thomas Percival, publicada a inicios del siglo XIX. En ella, adquirió expresión acabada el “orden médico”, como orden normativo interno propio de la profesión. Las normas de etiqueta, que exigen del médico comportarse como un perfecto “gentleman”, constituyen su núcleo fundamental.

El código deontológico de Percival constituiría la expresión ilustrada e institucionalizada del paternalismo hipocrático. Sus objetivos fundamentales eran, por un lado, la defensa de los intereses profesionales del cuerpo médico y la salvaguarda de la calidad, dignidad y prestigio de la práctica médica, y por otro, garantizar que la acción médica se realice en interés del hombre y la sociedad, buscando siempre el máximo bien posible para ambos (principio de beneficencia).

El paternalismo propio del código de Percival sería criticado desde las posiciones del liberalismo burgués extremo dominante en la época. Quizás esto explique la atenuación de éste, expresada en la idea de decir siempre la verdad al enfermo, excepto en aquellas enfermedades de curso fatal, donde son las personas más allegadas, las encargadas de comunicárselo. Esta postura ha sido calificada en la literatura como “paternalismo juvenil”, por superar en algo al paternalismo infantil característico de la Antigüedad.

Se encontraría aún distante el momento en que el espíritu liberal del mundo moderno fuese reflejado en los códigos de Ética Médica. En 1847 se promulgó el código de la Asociación Médica Americana, que sirvió de inspiración para el establecimiento de códigos de este tipo en otras naciones. Todos seguirían las pautas trazadas por Percival en su Ética Médica.

Tendencias contemporáneas de la ética en salud.

Las monstruosidades cometidas, en nombre de la ciencia médica, contra las personas internadas en los campos de concentración nazis que fueron utilizadas como sujetos de experimentación durante la II Guerra Mundial, generaron serios cuestionamientos éticos que encontraron respuesta en el Código de Núremberg. En él se establecen los principios básicos que deben tenerse en cuenta en la investigación con humanos, a fin de garantizar su protección. Entre ellos se destaca, el referido al carácter absolutamente esencial de la obtención del “consentimiento voluntario” del sujeto humano de experimentación.

Como parte del proceso de internacionalización de la Medicina, la recién constituida Asociación Médica Mundial adoptó en 1948 la Declaración de Ginebra y, un año después, promulgó el Código Internacional de Ética Médica, concisos documentos desprovistos de las superfluas exigencias de etiqueta médica que caracterizaron a la deontología precedente y más en consonancia con los principios antes señalados. Más adelante, en 1964, dicha asociación adoptaría la Declaración de Helsinki sobre experimentación médica con seres humanos

(revisada, enmendada y aprobada en sucesivas asambleas de esta), donde se desarrollarían los principios éticos establecidos en Nüremberg.

Los procesos descritos serían expresión de la irrupción en la Deontología Médica de una nueva tendencia que, sin menoscabar su vocación beneficentista, sino más bien reforzándola, al mismo tiempo limitaba su proyección paternalista tradicional, al reconocer la capacidad del sujeto para la toma de decisiones relacionadas con su salud. Este hecho constituyó una importante premisa para la aparición de la Bioética.

Surgimiento de la Bioética.

La Bioética surge como resultado de la maduración de una serie de condiciones que se fueron gestando desde el advenimiento del mundo moderno y, de modo particularmente intenso, durante el período comprendido entre la II Guerra Mundial y los primeros años de la década de los 70 del siglo XX. Estas han sido convencionalmente agrupadas para su estudio, del siguiente modo: premisas económicas y políticas; científico - tecnológicas; sociales; jurídicas; ético - filosóficas y las médico - deontológicas, ya analizadas.

Premisas económicas y políticas: El capitalismo, que a fines del siglo XIX y principios del XX había transitado a su fase monopolista (imperialismo), se desplegaría como Capitalismo Monopolista de Estado a partir de la culminación de la II Guerra Mundial. Ello significaría la intervención cada vez más amplia del Estado en la vida social y, particularmente, en la economía. Si en el modelo liberal clásico, hasta ese momento dominante en el mundo anglosajón, el Estado no debía asumir obligaciones con relación al bienestar social, en este nuevo modelo estaría obligado a asumirlas por razones de utilidad pública, es decir, para garantizar la supervivencia del sistema, y no por razones de justicia social, como preconizaba el pensamiento socialreformista de mayor arraigo en Europa. El nuevo orden sería bautizado como “Estado del bienestar”, inspirador del “sueño americano”.

A fines de la década de los 60 y principios de los 70, la etapa de bonanza económica de posguerra en Estados Unidos, prolongada por las guerras de

Corea e Indochina, estaba llegando a su fin. Al mismo tiempo, el proceso de transnacionalización de la economía capitalista había registrado avances y ya se expresaba como proceso de globalización económica de carácter neoliberal. La crisis económica de 1973 marcaría el final del estado benefactor y el comienzo de la revitalización y globalización de las tesis y prácticas más reaccionarias del liberalismo clásico (neoliberalismo).

En este contexto, la política sanitaria vigente sería cuestionada por haber elevado en medida creciente el gasto sanitario durante los últimos años, generándose un amplio debate ético en torno a cuáles debieran ser los límites de una asistencia sanitaria justa. Las respuestas a esta interrogante reflejarían la heterogeneidad de las posiciones ideológicas concurrentes en este convulso y complejo período de transición, las que marcarían el discurso bioético, tornándolo tan heterogéneo, como ellas mismas.

Premisas científico - tecnológicas: Las preocupaciones éticas en relación con los avances de la ciencia y la tecnología y su aplicación, generadas por el holocausto de Hiroshima y Nagasaki, se multiplicarían en los años posteriores, como consecuencia de los siguientes hechos:

- Posibilidad de manipulación de las funciones vitales, como resultado de la revolución en las ciencias biológicas (área de la genética) iniciada en la década de los 50.
- Progresivo deterioro de las condiciones naturales de vida, producto de la utilización de los logros de la Revolución Científico - Técnica por la desenfrenada economía capitalista.
- Creciente especialización, fragmentación, despersonalización y deshumanización de la atención médica, asociadas a la utilización de nuevas y complejas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, a la correspondiente conversión del hospital en centro de la atención más calificada y a la creciente mercantilización de la medicina hospitalaria.
- Creación de las terapias intensivas, donde se generarían nuevos dilemas éticos en relación con la muerte (muerte encefálica).

- Inicio de los trasplantes de órganos en la década de los 60 y aplicación de otras nuevas tecnologías que plantearían problemas éticos para los cuales la deontología tradicional no tendría respuestas.
- Revelación, entre 1966 y 1972, de hechos que pusieron en tela de juicio la eticidad de la experimentación médica con seres humanos en Estados Unidos (inyección de células cancerosas de hígado a pacientes ingresados en un hospital de New York, producción de infección intencional con hepatitis a internos de una escuela para retardados - en ambos casos, con fines experimentales y sin obtención de consentimiento alguno - y no suministro de penicilina a sujetos de un estudio sobre sífilis emprendido varias décadas atrás en Tuskegee, Alabama, porque el tratamiento con dicho antibiótico hubiera impedido conocer los efectos a largo plazo de la enfermedad).

En resumen, el desarrollo científico - tecnológico despertaría temor en la población y grandes preocupaciones de carácter ético en los medios intelectuales, que condujeron al cuestionamiento de la máxima moderna, según la cual, se justifica éticamente hacer todo lo que pueda ser hecho, a condición de sustentarse en los avances de la ciencia y la tecnología y servir a su desarrollo. La elaboración de una propuesta alternativa, exigiría la construcción de una nueva perspectiva ética: la bioética.

Premisas sociales: La bancarrota de la economía y la política del bienestar y con ella del sueño americano, junto a las consecuencias negativas del desarrollo científico - tecnológico, desencadenaron una profunda crisis de valores en la sociedad norteamericana de la época expresada, entre otras cosas, en la generalizada desconfianza hacia las autoridades e instituciones sociales, incluidas las de salud, el rechazo de valores sociales y el repliegue hacia la defensa de otros más estrechos.

Como consecuencia, se generaron diversos movimientos sociales: en pro de los derechos civiles, en contra de la discriminación racial y de la continuación de la guerra contra Viet Nam, profeministas, ecologistas y de consumidores, incluido el de consumidores de servicios de salud. Este último, logró que la Asociación

Americana de Hospitales aprobara en 1973 la primera Carta de Derechos del Paciente, considerada como uno de los documentos fundacionales más relevantes de la Bioética.

De este modo, el paradigma bioético comenzó a gestarse en el seno de los movimientos sociales de la época, en particular del ecologista y del de consumidores de servicios de salud, como reacción espontánea a la situación de crisis. Esta habría de reflejarse también en el sector intelectual, el cual asumió la tarea de imprimirle carácter sistematizado e ideológico al naciente paradigma.

Premisas jurídicas: Los criterios y métodos que sirvieron de base a las cortes norteamericanas para juzgar casos clínicos, experimentarían significativas transformaciones en el período comprendido entre 1890 e inicios de la década de los 70 del siglo XX. Estas influyeron notablemente en la conformación del paradigma bioético.

Si hasta 1890 los tribunales defendieron el derecho del paciente a la información y la elección, sólo en los casos en que estas pudieron representar una ayuda terapéutica para el mismo, a partir de esa fecha y hasta 1945, serían otros los criterios jurídicos que se harían valer. Pasaría a primer plano la defensa de la autonomía del paciente, el derecho a elegir como desea ser atendido por el médico y a establecer límites y prohibiciones específicas en relación con la intervención de éste en su cuerpo. Se exigiría el consentimiento del paciente con independencia de su significación terapéutica. No obtenerlo o violarlo sería considerado delito de agresión.

Entre 1945 y 1972, la defensa de la autonomía del paciente subiría gradualmente de tono. En 1957, en los marcos del famoso “caso Salgo”, se emplearía por vez primera el término “consentimiento informado”. La sentencia del tribunal encargado de juzgar este caso establecería un requisito adicional a la obtención del consentimiento del paciente: el deber del médico de informarlo adecuadamente, de brindarle una información de calidad para que éste tome su decisión.

A partir de 1960 quedaría establecido que la obtención del consentimiento informado es responsabilidad del médico y no obtenerlo entrañaría negligencia.

Entre 1969 y 1972 la defensa de la autonomía del paciente alcanzaría un límite jurídicamente infranqueable y polémico en extremo: el tradicional “criterio de la práctica profesional” o “criterio médico” en relación con la información a suministrar al paciente sería sustituido por el llamado “criterio de la persona razonable” para efectuar una “elección inteligente”. Del reconocimiento del paternalismo médico y de su tesis de que la información y la toma de decisiones por los pacientes podrían ser perjudiciales para estos, los tribunales pasarían a la defensa de su autonomía absoluta.

La consolidación de esta tendencia en la jurisprudencia norteamericana, y el método para la solución de casos que la caracteriza, basado más en la experiencia judicial precedente y en las costumbres, que en la aplicación de la ley al caso concreto, influirían significativamente en el trazado de nuevos derroteros para la Ética Médica.

En resumen, la jurisprudencia norteamericana contribuiría notablemente, tanto conceptual, como metodológicamente, al surgimiento y desarrollo del paradigma bioético en Estados Unidos. Legalismo, individualismo y pragmatismo constituyeron su legado principal.

Premisas ético - filosóficas: La labor de sistematización del paradigma bioético, que traduciría al lenguaje conceptual la influencia de todos los procesos anteriormente analizados, encontraría su fuente de inspiración fundamental en las doctrinas éticas de Emmanuel Kant (1724-1804) y John Stuart Mill (1806-1873) ambas defensoras de una ética autónoma.

La autonomía moral en la ética kantiana puede resumirse en el postulado de carácter deontológico “es bueno hacer lo que se debe”, es decir, se considera moral sólo aquel acto que se atiene a principios éticos previamente establecidos, con independencia de cuáles sean sus consecuencias. En otras palabras, debe obrarse siempre por conciencia del deber, sin importar las consecuencias.

Stuart Mill, por su parte, desde posiciones utilitaristas (consecuencialistas) concretaría el principio de autonomía moral en una máxima diametralmente opuesta a la kantiana: "se debe hacer lo que es bueno". La obligación moral de hacer algo, ahora se determinará en función de las consecuencias previsibles de la acción, de acuerdo a la correlación de perjuicios y beneficios (utilidad) que esta pueda reportar. Para el utilitarismo, lo bueno, es lo útil.

La doctrina utilitarista, dominante en el mundo anglosajón, sería sometida a fuertes críticas en la obra "The Right and the Good", de W. David Ross, publicada en 1930. De acuerdo a su concepción, existe un conjunto de deberes básicos a los que denomina "deberes prima facie". Estos son deberes condicionales, es decir, deberes que deben cumplirse siempre que no entren en conflicto con algún otro deber de esta clase. Si no hay conflicto, su condicionalidad desaparece y se convierten en deberes reales y efectivos. Pero en caso de conflicto, estos deberes se hacen sólo probables, y se hace también sólo probable la corrección del acto en cuestión. Deberá entonces decidirse atendiendo al deber mayor en dicha circunstancia, que será el que maximice las consecuencias buenas, el que ofrezca una mejor correlación de consecuencias buenas y malas.

Esto último tornaría atractivo el deontologismo renovado de Ross para el utilitarismo. Bajo su influencia, este último comenzaría a aceptar el valor de la norma, en forma de principios y reglas éticas, para la determinación del carácter moral de los actos. Se impondría así el "utilitarismo de norma o regla", cuya máxima fundamental es la de actuar según la norma o regla cuya aplicación produzca las mejores consecuencias.

La influencia de la convergencia del deontologismo y el utilitarismo en el campo de la ética en salud no se haría esperar. El pujante movimiento de las humanidades médicas que se desarrollaría en Estados Unidos durante las décadas de los 50 y los 60 del siglo XX, la creación, en 1969, del Instituto de Ética y Ciencias de la Vida (conocido más tarde con el nombre de Hastings Center) y, en 1971, del Instituto Kennedy de Ética, cuyos estudios se orientaron hacia temas de salud, facilitarían la rápida aplicación de este resultado.

Por esta época, específicamente en 1971, Van Rensselaer Potter introdujo por vez primera el término “bioética” para designar a una nueva disciplina llamada a tender un puente entre las ciencias naturales y las ciencias humanísticas, con el fin de enfrentar la solución de los problemas ecológicos del mundo, mediante la conformación de una nueva mentalidad ética de las relaciones entre el hombre y la naturaleza. La orientación que Potter pretendió imprimirle a la bioética, no obstante su alto valor humanista, no recibió la atención merecida de los eticistas norteamericanos. Estos asumirían el término, pero restringiendo su contenido al examen, fundamentalmente, de los problemas éticos de la investigación y la asistencia médicas. De este modo, la bioética se medicalizaría progresivamente.

La doctrina de la equidad de John Rawls, aparecida en 1971, cuya significación para el tratamiento de los temas de justicia sanitaria es enorme, repercutiría también en los marcos, cada vez más estrechos, de una bioética en franco proceso de medicalización.

En 1978 vería la luz la primera enciclopedia de bioética, que aportaba una masa crítica de teoría que posibilitaría alcanzar metas más concretas.

El primer resultado práctico en todo este proceso, sería fruto del trabajo de la “Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de la Conducta” establecida por el congreso estadounidense con el fin de brindar una respuesta oficial a la situación que se había generado a fines de la década de los 60 y principios de la de los 70 del siglo XX, producto de la revelación de graves faltas éticas en la realización de experimentos médicos con seres humanos, ya antes expuesta. Esta comisión desarrolló sus labores entre los años 1974 y 1978. Sus conclusiones finales fueron publicadas en este último año bajo el nombre de “Belmont Report”.

En este documento aparecen formulados los tres principios - respeto por las personas, beneficencia y justicia - que la Comisión propuso como marco analítico que sirviera de guía en la resolución de los problemas éticos planteados en la investigación con humanos. A partir de este momento, los referidos principios serían tomados como base para la construcción del discurso bioético anglosajón.

Así, la publicación en 1979 del libro “Principles of Biomedical Ethics”, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, constituyó el primer esfuerzo por extender los principios enunciados en el Belmont Report a la práctica clínica: el principio de “respeto por las personas” fue transformado en principio de “respeto por su autonomía” y se asumió la consideración de los principios de “beneficencia” y “no maleficencia”, como principios independientes. De este modo, Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia, se convirtieron en los principios con arreglo a los cuales se abordarían los dilemas éticos en salud.

Con esta obra, el paradigma bioético, en su vertiente médica, adquirió su forma sistematizada primera y más difundida de expresión: el principalismo. Con él había nacido la Bioética Médica, o más exactamente, su primera escuela - la anglosajona -, llamada a influir significativamente en todo su desarrollo ulterior.

Su consolidación se alcanzaría en los primeros años de la década de los 80, como resultado de la labor de la “Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica y de la Conducta” (1981-1983) y de la renovación, en el espíritu bioético, de los Principios de Ética Médica de la Asociación Médica Americana. Contribuirían también significativamente a alcanzar este resultado, el creciente número de publicaciones y eventos científicos sobre Bioética Médica y la inclusión de esta en los currículum de las escuelas de Medicina.

La Bioética Médica anglosajona.

La escuela anglosajona, en esta primera etapa de su desarrollo, puede ser caracterizada, en los planos teórico - metodológico, práctico - organizativo e ideológico, del siguiente modo:

Plano teórico - metodológico: Sus propuestas se sustentan en el principalismo, el cual no constituye una teoría ética que integre, en un único sistema coherente, principios, normas, etc., que sirvan de base para orientar la acción en un sentido determinado. La introducción de dos nuevos principios (Autonomía y Justicia) representa la ampliación de los marcos analíticos de la Deontología Médica

tradicional, al posibilitar la incorporación al proceso de toma de decisiones de las perspectivas del paciente y la sociedad, respectivamente. Siguiendo a Ross, los cuatro principios son presentados como principios de igual rango, es decir, que obligan en la misma medida y, sólo en casos de conflicto, se hará prevalecer aquel (o aquellos) que maximice las buenas consecuencias.

Sin embargo, en ausencia de teoría ética, sería la práctica clínica, con su método casuístico, (similar al de la jurisprudencia norteamericana) quien se encargaría de jerarquizar los principios en situación de conflicto, remitiéndose para ello, a la evaluación de las consecuencias de los actos, dadas las circunstancias concretas concurrentes en el caso y desde la óptica de la experiencia clínica acumulada. Así, se impondría en la práctica el utilitarismo sobre el deontologismo, lo cual permitiría la justificación moral, en principio, de cualquier variante de conducta profesional.

El individualismo típico de la cultura norteamericana, exacerbado en esta época, alcanzaría el pleno reconocimiento y apoyo de los poderes públicos, las instituciones de salud y el cuerpo médico. El principio de autonomía del paciente se constituiría en principio rector de la bioética médica anglosajona que, consecuentemente, privilegiaría el estudio de los problemas éticos que afectan al individuo (microproblemas) y asumiría como orientación principal la defensa de sus derechos. Pragmatismo y legalismo caracterizarían su discurso.

Plano práctico - organizativo: Las nuevas propuestas de la bioética, vencido cierto recelo inicial, serían favorablemente acogidas por las instituciones de salud, al apreciar en ellas potencialidades para contribuir a la oferta de servicios de excelencia, mucho mejor cotizados en el mercado de la salud. Se crearían comités de ética hospitalaria con funciones asesoras y consultivas.

La obtención del consentimiento informado se convertiría en procedimiento de rutina. Las barreras paternalistas en relación con la información a brindar al paciente serían salvadas. Se generalizaría la práctica de suministrar información completa a éste por parte del profesional, aún en los casos de enfermedades de curso fatal. Las opciones del usuario serían, en general, respetadas. Se

desarrollarían y aplicarían criterios éticos más refinados para el abordaje de múltiples situaciones de la práctica clínica.

No obstante, la creciente mercantilización de la esfera impediría alcanzar una humanización efectiva e integral de la atención a la salud. Se incrementarían las negativas de asistencia médica por razones económicas; abundarían los casos de mala praxis y las correspondientes demandas judiciales; el consentimiento informado, concebido para la protección del paciente, sería también utilizado como instrumento protector de profesionales e instituciones de salud. Se abrirían espacios para una “medicina del deseo”, sustentada en la máxima liberal burguesa de que “el que paga manda”, que lesionarían la proyección beneficentista de la profesión. No se lograría eliminar la violación de normas éticas en la realización de experimentos médicos con seres humanos. Ante la alta sensibilidad desarrollada en la opinión pública norteamericana respecto a estos temas, se optaría por la exportación de tales estudios al mundo subdesarrollado.

Los debates en torno al relegado tema de la justicia sanitaria, no alcanzarían más resultado práctico, que los recortes del gasto público en salud, concentrados en los programas “Medicare” y “Medicaid”, implementados en la década de los 60, y que desde entonces, no alcanzaban a dar cobertura a toda la población necesitada.

Plano ideológico: El surgimiento de esta escuela representó el inicio de la revolución burguesa en la esfera de las relaciones morales en salud, orientada a la eliminación del desfasaje histórico existente entre estas, que aún conservaban el carácter jerárquico, despótico, autoritario y de dependencia personal, propio de las relaciones sociales en las sociedades precapitalistas, y el resto de las relaciones sociales del sistema capitalista que ya, desde mucho antes, habían alcanzado su forma madura de expresión.

El carácter tardío de dicha revolución, iniciada en una compleja coyuntura histórica de transición, determinaría la presencia de heterogéneas posiciones ideológicas (expresión de la diversidad de intereses de los grupos sociales y de poder representados) en el debate de los problemas éticos de la salud.

Así, desde muy temprano, en él tendrían cabida producciones de franca tendencia neoliberal, (Nozik, 1974; Engelhardt, 1986) junto a otras de carácter liberal moderado, que constituyen mayoría. Ellas son el resultado de la labor de un grupo de intelectuales honestos, comprometidos con las aspiraciones de las clases medias y de distintos grupos minoritarios de la sociedad, preocupados por la deshumanización de los servicios de salud, interesados en el rescate de los máspreciados valores humanistas de las profesiones de la salud e incluso, excepcionalmente, en la promoción de reformas que hagan más equitativa la atención de salud, dentro de las limitadas posibilidades que brinda una sociedad dominada por tendencias neoliberales. El humanismo de estas últimas, no obstante su carácter limitado, explica el interés suscitado por la bioética médica anglosajona en diversas partes del mundo.

Desarrollo de la Bioética Médica.

La acelerada difusión internacional de las posiciones de la bioética anglosajona, iniciada en la década de los 80, propiciaría que el desarrollo de la bioética médica se beneficiara tempranamente con los aportes realizados desde otras perspectivas culturales. Su repercusión, siguiendo la metodología establecida, puede ser evaluada del siguiente modo:

Plano teórico - metodológico: El principalismo, al mismo tiempo que alcanzaba relevancia universal como enfoque para el abordaje de los problemas éticos en salud, sería objeto de fuertes críticas que, más que al rechazo, conducirían a su adaptación a los distintos contextos socio - culturales y sistemas de salud en que se insertaba. También se generarían propuestas alternativas, en general, de limitado alcance práctico, que no gozarían de gran aceptación.

Las críticas se dirigirían, fundamentalmente, contra la absolutización del principio de autonomía y la consecuente concentración del principalismo anglosajón en los problemas que afectan al individuo, en detrimento del análisis de las cuestiones de justicia sanitaria, cruciales para la mayor parte de los pueblos del mundo.

Entre los propios bioeticistas norteamericanos se levantarían autorizadas voces, como las de Edmund Pellegrino y David Thomasma, señalando el peligro que para la cohesión de la sociedad representa la absolutización, en la práctica, del citado principio. Como alternativa propondrían la aplicación del modelo de la “beneficencia en confianza”, en el que importa más el bien del paciente, que el respeto formal de sus derechos, al mismo tiempo que no se atropella su autonomía, al integrarlo plenamente al proceso de toma de decisiones.

La actitud hacia los problemas de justicia sanitaria, aunque lentamente, ha comenzado a modificarse en los últimos años (Peter F., Evans T., 2002). Desde la segunda mitad de la década de los 90, la bioética médica anglosajona ha venido prestando mayor atención a estos, incrementándose las publicaciones al respecto. Se sugiere incluso, que éste puede ser el inicio de una nueva fase de su desarrollo, que abarcará el análisis de los aspectos éticos de la salud de la población.

La perspectiva europea, asentada en una tradición filosófica racionalista, deontológica, se ha caracterizado, desde sus albores, por su orientación hacia el establecimiento de sólidos fundamentos éticos para la bioética médica. Dicha perspectiva ha privilegiado el análisis de los macroproblemas, particularmente, los referidos a la justicia sanitaria. Esto se refleja en propuestas de adaptación del principalismo, donde los principios de Justicia y No maleficencia ocupan un lugar jerárquicamente superior a los de Autonomía y Beneficencia. La visión europea está contribuyendo notablemente a la modificación de la percepción pública de la bioética médica como una corriente de pensamiento pragmática e individualista.

América Latina, con la mayoría de sus médicos formados en Estados Unidos, o con grandes influencias de la escuela norteamericana, asumiría sin modificaciones el principalismo anglosajón. A partir de la segunda mitad de la década de los noventa, la influencia europea se dejaría sentir y se realizarían los primeros esfuerzos por construir un modelo propio. La adaptación del principalismo a la realidad latinoamericana se plantearía en términos de otorgar al principio de Justicia y su corolario, la solidaridad, el lugar cimero.

Por último, es menester señalar que la preterida vertiente ecológica de la bioética registraría discretos avances, por lo que no se debe perder de vista la posibilidad de su futura integración con la médica, como reclamaba Potter, y sería deseable.

Los resultados principales alcanzados en el plano teórico - metodológico serían la universalización y, al mismo tiempo, diversificación del principalismo y su extensión al campo de la salud pública.

Plano práctico - organizativo: La acogida dispensada a la bioética médica en diversos países, se traduciría en la constitución de comités de ética hospitalaria, comisiones nacionales, comisiones gubernamentales y parlamentarias, asociaciones profesionales, organizaciones académicas, religiosas y de otro tipo, de bioética.

En el ámbito internacional la acogida no sería menor. El Consejo de Europa crea, en 1985, un Comité ad hoc de expertos en Bioética, que da paso, en 1992, a la constitución de un Comité Director de Bioética. Dentro de la Unión Europea se promoverían además, otras múltiples iniciativas. En 1985, el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) constituye su Comité Director de Bioética. La UNESCO, por su parte, conforma en 1993 un Comité Internacional de Bioética. En 1992, se crea la primera asociación internacional de Bioética y, en 1994, la OPS/OMS inaugura su Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe. También otras muchas organizaciones internacionales de carácter científico, profesional y religioso, desarrollan variadas acciones en este campo.

Como resultado, se crearían centros e institutos de estudios bioéticos, se multiplicarían los eventos, las publicaciones y los procesos formativos. Estos últimos, se concentrarían, fundamentalmente, en el área de posgrado y alcanzarían el nivel de cursos internacionales de maestría y doctorado. Al mismo tiempo, tanto a nivel nacional, como internacional, se produciría un número apreciable de declaraciones, convenios, códigos profesionales y modificaciones de estos, normas éticas, leyes y otros importantes documentos.

Resulta en extremo difícil, establecer el valor práctico de este conjunto de pronunciamientos, lógicamente heterogéneos. No obstante, es posible encontrar en ellos algunos significados prácticos comunes:

- Constituyen expresión de que la bioética médica, ya en calidad de movimiento internacional, ha rebasado los marcos del conocimiento, de la teoría, para comenzar a manifestarse en exigencias, normas y proyecciones de trabajo, lo que es un paso decisivo para lograr determinado impacto práctico.
- La heterogeneidad señalada, lógica respuesta a la diversidad de contextos socio - culturales a que responden, no ha impedido la paulatina conformación de una plataforma común, expresada en las proyecciones de instituciones y organismos internacionales.
- Dichas proyecciones han rebasado el marco de los microproblemas, para ir alcanzando relevancia poblacional.

Si en los primeros años, el impacto de la bioética médica en la arena internacional se expresó en la elaboración de normas éticas relacionadas con la aplicación de nuevas tecnologías, y en la promulgación de los derechos del paciente (Lisboa, 1981), en los años posteriores, éste se extendería al área de salud pública.

Así , el CIOMS publica, en 1991, las “Directrices Internacionales para la Revisión Ética de Estudios Epidemiológicos” y, en 1992, una nueva versión de las “Normas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica con Sujetos Humanos”, documentos contentivos de importantes regulaciones orientadas a garantizar la eticidad de las investigaciones epidemiológicas y a la protección, no sólo de los individuos, sino también de grupos y comunidades vulnerables, sujetos de estas.

Por su parte, el Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe incluye entre sus funciones, la de relacionar la Bioética con la Salud Pública para mejorar, actualizar y profundizar los procesos de generación de las políticas con especial referencia al concepto de equidad. Algo después, en 1997, el Convenio Europeo de Bioética se pronuncia por el acceso equitativo a la

asistencia sanitaria y sobre otros temas, entre ellos el del genoma humano, desde una perspectiva poblacional. Por último, la OMS en su “Informe sobre la salud en el mundo”, del año 2000, no obstante formulaciones de orientación neoliberal en él contenidas, propone tres criterios de justicia distributiva (de un total de cinco) para evaluar el desempeño de los sistemas de salud y, un cuarto, dirigido a evaluar la capacidad de respuesta del sistema a las expectativas de la población con relación al trato que debería recibir de los proveedores de servicios sanitarios.

Todos estos, constituyen pasos decisivos orientados hacia la solución de los complejos problemas prácticos que debe encarar la salud pública contemporánea en el campo de la ética.

Plano ideológico: Como puede inferirse del análisis hasta aquí realizado, las posiciones de carácter liberal moderado, particularmente las de carácter social - reformista, han ido ganando terreno dentro de la bioética médica, con la consiguiente disminución de la influencia del utilitarismo extremo, pragmático de orientación neoliberal.

CONCLUSIONES.

La bioética médica constituye hoy, no una nueva disciplina, sino un nuevo paradigma ético en salud, - en proceso de conformación alrededor, fundamentalmente, del marco analítico que brinda el principalismo - cultural e ideológicamente heterogéneo y, al mismo tiempo, con proyección globalizante, antipaternalista y preponderantemente humanista.

Ella representa (se tenga conciencia de esto, o no) la extensión del paradigma socio - médico a la esfera de la ética en salud. Si en su fase inicial de desarrollo, la solución de los problemas éticos era competencia sólo del profesional y, más adelante, lo sería también del colegio médico con su código de ética, ahora lo es, además, de toda la sociedad y de los diferentes agentes morales que en ella actúan.

En otras palabras, del mismo modo que las concepciones sobre la salud , la Salud Pública y las propias Ciencias Médicas, así como la práctica de estas últimas, se han ido socializando, (desmedicalizando) también las concepciones y prácticas éticas en salud se han abierto al examen de la sociedad, han dejado de ser cuestiones estrictamente profesionales, para convertirse además, en cuestiones sociales. No es casual por ello, la convergencia de las proyecciones de la bioética médica, con las de otras tendencias, relativamente independientes de esta, que se manifiestan en el desarrollo de la salud pública contemporánea: por ejemplo, la promoción de salud, orientada hacia el empoderamiento de individuos y comunidades, la abogacía y la lucha por la equidad en salud.

El carácter heterogéneo de la sociedad contemporánea explica la heterogeneidad de perspectivas desde las cuales son examinados los problemas éticos en salud. Consecuentemente, la bioética médica, más que una tendencia, constituye un conjunto de tendencias, integrado por tantas, como tantas sean las perspectivas socio - culturales e ideológicas desde las cuales se construya su discurso. Por ello, desde sus presupuestos se puede: legalizar la eutanasia, o proscribirla; justificar la clonación de seres humanos, o dictar leyes que la prohíban; fundamentar reducciones del gasto público o promover la equidad en salud. La bioética médica es, por encima de cualquier otra consideración, un campo de lucha dentro del pensamiento y la práctica salubrista contemporáneos, donde también se dirime el bienestar y la salud del hombre.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

1. OPS/OMS. Bioética. Temas y perspectivas. Publicación científica 527, Washington, D. C., 1990.
2. US Congress, Office of Technology Assesment. Biomedical Ethics in US Public Policy, Washington D. C., 1993.
3. Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe, Bioética en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 1995.

4. Kottow L. Introducción a la Bioética, Editorial Universitaria. Santiago de Chile, 1995.
5. Gracia D. Fundamentos de Bioética, Eudema, S. A., Madrid, 1989.
6. Engelhardt, HT. Los fundamentos de la Bioética, Editorial Paidós Básica, Barcelona, 1995.
7. Beauchamp, TL, Childress, JF. Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, New York, 1989.
8. Acosta Sarriego, JR(editor). Bioética desde una perspectiva cubana, Centro Félix Varela, La Habana, 1997.
9. Mainetti, JA. Etica Médica. Introducción Histórica, Editorial Quirón, La Plata, 1989.
10. Colectivo de Autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2000.
11. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000.
12. OPS. Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción, Washington D.C., 2002.
13. OPS/OMS. La salud y los derechos humanos. Aspectos éticos y morales, Washington, D.C., 1999.
14. CIOMS - OMS. Normas éticas internacionales para la investigación biomédica con sujetos humanos, OPS, 1994.
15. WMA. Recommendations Guiding Physicians in Biomedical Reserch Involving Human Subjets, 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October, 2000.
16. Lolas Stepke, F. Bioética y antropología médica, Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda., Santiago de Chile, 2000.