

## COLABORACIONES

### APROXIMACION AL ESTUDIO DEL ORIGEN DE LA ETICA CLINICA ACTUAL

**Félix José Martín Gallardo,**

**Adrián Cordón López**

*Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional  
de Málaga "Carlos Haya".*

A ninguno de nosotros se nos oculta que la Medicina, y de forma concreta el proceder médico, se encuentra sujeto a numerosas variables. De este modo, la toma de decisiones no puede ser considerada de forma absoluta, sino basada en criterios de duda o, si se quiere observar desde una perspectiva positivista, de certidumbres, en la amplia gama de matices que actuaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas ofrecen. Expuesto lo previo, nos vemos abocados a admitir las reglas de juego establecidas en la que ha sido llamada "teoría de la decisión racional", planteada por Howard Brody, que en breve síntesis quedaría definida como aquel proceso mental que el médico realiza de manera probabilística ante la toma de decisiones, y que vendría a sustituir la "lógica determinista" que caracteriza a la medicina tradicional, basada en el binomio categórico "salud -

enfermedad" (1). Por otra parte, son muchos los que creen, incluso en el ámbito de la bioética, que los logros tecnológicos son responsables de problemas morales, sin embargo cabe pensar que si bien estos avances han complicado los problemas éticos de la Medicina, no pueden ser considerados generadores de "novo", o como indican Beauchamp y McCullough "fuente nueva" de los mismos. De hecho: "muchos problemas morales con los que ahora se enfrenta el médico son los mismos con los que, de alguna forma, se enfrentaban hace siglos" (1) (recien nacidos malformados, metabopatías invalidantes, retrasos mentales de diversa índole, anticoncepción, aborto, eutanasia ...).

Como no escapa a los introducidos en temas bioéticos, es a partir del Informe Belmont cuando quedan definidos los pilares de la ética clínica actual, al someterse a consideración general los principios éticos básicos. Los principios ahí vertidos son la consecuencia del trabajo de múltiples pensadores, bioeticistas y médicos que, basándose en la manifiesta necesidad de fundamentar actuaciones profesionales, actos humanos en suma, desarrollan doctrinas de distinta apariencia pero objetivos comunes. En efecto, David C. Thomas es pionero en aplicar método ante problemas éticos derivados de la clínica. Elabora un procedimiento de decisión en

función a hechos y valores (hechos clínicos y valores personales) que traslada a una "parri-lla contextual", permitiendo concretar la decisión mas aceptable. Thomasma hace en 1990 un estudio sobre otro gran bioeticista americano: Edmund D. Pellegrino. A él se refiere como filósofo de la base moral de la medicina (2). En su obra, la problemática moral lo es de valores, que deben ser reconocidos, clarificados, priorizados y elegidos. Para él, la creciente importancia de la autonomía como concepto sociopolítico, legal y moral se encuentra profundamente influenciada por la ética médica; es el motivo del cambio experimentado en los procedimientos de decisión médica, a la vez que constituye una nueva dirección en el modelo de relación integral entre médico y paciente, que se ha tornado más abierta, honesta y respetuosa de la dignidad humana. Aun así, revela sus dudas sobre el garante que este principio puede aportar al pleno respeto para las personas en lo que llama "transacción médica". Como base de la relación médico - paciente, el concepto de integridad ha de ser más rico, considerado fundamental y estar íntimamente ligado al hombre. En él, la autonomía es el resultado de defender la integridad humana, y ambas (autonomía e integridad) dependerán del celo médico en preservarlas (3).

En la ética clínica americana, si bien la luz emana del principialismo propuesto por la conjunción del teleologista Beauchamp y el deontologista Childress, partícipes del evocado Informe Belmont, no queremos dejar de referirnos a McCullough como promotor de una ética clínica enfocada a la docencia en ámbitos universitarios. Este profesor en distintas universidades norteamericanas está

convencido de que los principios de beneficencia y autonomía están sujetos a la influencia de la continua interacción médico-paciente, estimulada por la educación del segundo por los miembros del sistema de salud (4). En este sentido defiende el derecho del paciente a otorgar un Consentimiento Informado, conociendo previamente los pormenores del procedimiento al que será sometido. En 1994, como profesor del Baylor College of Medicine de Houston publica un libro sobre ética médica en el que se observa una metodología basada en las siguientes siete cuestiones: ¿qué hechos concurren en el caso objeto de estudio?; ¿qué obligaciones, a este respecto, unen médico y paciente?; ¿qué obligaciones, a partir de las establecidas con el paciente, surgen con terceras personas?; ¿todas estas obligaciones, convergen o entran en conflicto?; a partir del reconocimiento de las obligaciones contraídas ¿cual sería la objeción más poderosa que podría realizarse a los criterios de convergencia?; ¿podrían estas objeciones trascender del contrato tácito establecido?, y en caso contrario, si el conflicto ético se produjera o tan solo este fuera percibido ¿existirían mecanismos de prevención? (5).

A grandes rasgos, los autores americanos han sabido inspirarse (o son inspiradores) del modelo propuesto por la National Commission (entiéndase Informe Belmont o modelo o enfoque principialista). Este se dirige al estudio analítico de actos conflictivos de forma primordial, un ejercicio puramente intelectual. La ética europea, y de forma concreta la mediterránea, está basada en lo que se conoce como "ética de la virtud", dirigida primariamente a los agentes y no a los actos, en orden a definir sus hábitos y actitudes de

carácter, que son los que informaran todos los actos (6). Esta ética estudiaría "casos normales" en contraposición al enfoque principialista, que sustenta la discusión de lo extraordinario. Para dar explicación de esta ética, Gracia analiza a Drane ante la propuesta de la ética de la virtud y el carácter (como respuesta o alternativa a la ética de principios), y observa como se ha basado en dos autores españoles: Jose Luis Aranguren y Pedro Laín Entralgo. La ética del carácter surge del pensamiento del primero en lo que llama "condición física" de la persona humana. La ética de la virtud se funda en la obra de Laín Entralgo, que observa en el médico seis dimensiones o virtudes: benevolencia, veracidad, respeto, amistad, justicia y religiosidad.

En la bioética europea hay otras figuras de relevante prestigio: Corrado Viafora, valedor en el continente del procedimiento "thomasmiano", y Hans Martin Sass, del que nos confesamos encandilados admiradores. Este bioeticista alemán ha tenido el arrojo de hacer caminar juntos diagnósticos éticos y médicos, de tal modo que no desposee al médico de su capacidad decisoria, posibilitándole incluso, ir en contra de la voluntad de su paciente. Parafraseando a Drane "...el protocolo pregunta qué sabe el médico sobre el sistema de valores, las actitudes y el grado de comprensión del paciente. Este enfoque lleva a la pregunta siguiente: ¿en qué medida se puede tener en cuenta al paciente o en qué medida se puede hacer caso omiso de él?"(6).

En su obra Sass propone que la base de la ética actual puede ser observada desde "principios morales intermediarios" que encontrarían fundamento en distintas ideologías y en la aplicación complementaria de diversos

modelos de comunicación y hermenéutica médico-paciente. La responsabilidad de salud estaría compartida por ambos y basada en el reconocimiento y mutuo respeto, a la vez de una combinación de habilidad y ética (7). Es un autor contestado en su país, Alemania, en ambientes profesionales y políticos, al sostener que algunos comités y estamentos profesionales establecen o favorecen usos en materia de ética biomédica que propenden en intereses particulares, no dudando en asegurar que existe un empleo claramente mercantilista de dictámenes e informes por parte de estos estamentos (8).

Hasta aquí una serie de torpes pinceladas sobre mínimos aspectos, si bien muy representativos, de la obra de consagrados bioeticistas. Ellos nos sirven para argumentar el propósito de estas líneas. En efecto, los logros técnicos médicos propician la necesidad cada vez mayor de limitar jurídica y moralmente la consecución de objetivos, en primera instancia científicos, que podrían derivar en horrendas hecatombes. Si consideramos que la "teoría de la decisión racional" es el punto de partida en la toma de actitudes clínicas, cabe apelar a la necesaria confianza que debería ser depositada en aquellos que sopesan decisiones empleando criterios de racionalidad, fundamentando un proceder (una técnica, un arte) en valores definidos y estables (intelecto y ciencia). Particularmente no creemos que las nuevas tecnologías traigan nuevos problemas; estos son siempre los mismos, pero con transformada presentación. Podríamos hablar de sofisticación en los mismos, traídos de una circunstancia que no les acompañaba antaño: la judicialización. Este cariz, esta penitencia, producto del

devenir hedonista contemporáneo, logra ajar una relación ancestral, promovida y procurada desde siempre por el médico y aceptada por el paciente. La posibilidad, instigada por terceros, de que cualquier resultado desfavorable en dicha relación puede ser objeto de resarcimiento, ha llevado a la contraria de desconfianza. Estamos convencidos que tomar contacto con principios éticos nos preparará para ofrecer dura oposición a esa enturbiada relación, ya que por un lado sabremos "tratar" a nuestro paciente como "otro yo", a la vez que nuestros usos y actuaciones serán imagen de referencia de un paciente, que receptivo, reconoce que su problema es compartido.

### Bibliografía

1. BEAUCHAMP TL, McCULLOUGH LB. Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos.

Editorial Labor. Prólogo.

2. THOMASMA D.C. Establishing the moral oasis of medicine: Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine. *J Med Philos* 1990; 15: 245-267.

3. PELLEGRINO E.D. The relationship of autonomy and integrity in medical ethics. *Bull Pan Am Health Organ* 1990; 24: 361-371.

4. McCULLOUGH L.B. An ethical model for improving the patient-physician relationship. *Injury* 1988; 25: 454-468.

5. McCULLOUGH L.B, ASHTON C.M. A methodology for teaching ethics in the clinical setting: a clinical handbook for medical ethics. *Theor Med* 1994; 15: 3952.

6. GRACIA D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Editorial Eudema. 1991.

7. SASS H.M. Bioethics: philosophical bases and application. *Bol Oficina Sanit Panam* 1990; 108: 391-398.

8. SASS H.M. Blue - ribbon commissions and political ethics in the Federal Republic of Germany. *J Med Philos* 1989; 14: 465-472.