

# MESA REDONDA:

## EL FUTURO DE LA DOCENCIA DE BIOÉTICA EN ESPAÑA

### PONENCIAS

**Francesc Abel s.j.**

*Director del Instituto Borja de Bioética*

### BIOÉTICA: DIALOGO INTERDISCIPLINAR

No sin cierta dificultad acepté la amable invitación a participar a esta mesa redonda. El afecto y respeto que me merecen los Dres. Pacheco y Sarrias me decidieron a hacerlo. Mi dificultad principal, al margen del factor tiempo, se centraba en el título general del Congreso y el temor de que mi intervención en esta mesa les creara confusión.

Me explicaré. Hoy, parece que todo el mundo tiene una idea clara de lo que es la bioética. Esta claridad la tenía yo en los años 70, cuando comenzó de hecho la institucionalización de la misma en el *Kennedy Institute* de Washington y en el *Hastings Center* en Nueva York. Hoy, el término ha sido apropiado por diferentes corrientes de pensamiento y, según mi parecer, se aparta del concepto inicial, sin que yo quiera con ello negar la legitimidad de nuevas orientaciones. Esto explica, sin embargo, mi perplejidad.

Para mí, en los años 70 y hoy mismo, *bioética es el estudio interdisciplinar de los problemas creados por los progresos médicos, biológicos y sus correspondientes tecnologías, para encontrar lo que es más humano en su aplicación práctica. De hecho, es el reto que presentan estos progresos a los sistemas éticos del mundo occidental tanto a nivel microsocia como a nivel macrosocia. Ninguno de los sistemas éticos construidos en base a la razón, aunque no exclusivamente, tenía una respuesta suficientemente satisfactoria. De ahí que un grupo de personas, investigadores y médicos, deciden interpelar a teólogos morales, representantes de las grandes tradiciones cristianas y judía, para intentar dilucidar, en el análisis de contenidos lo que representa auténtico progreso humano.*

Para ello se elige el diálogo como metodología de trabajo entre personas competentes, capaces de escucha recíproca y sin miedo a cuestionarse las propias posiciones. Esto constituye lo esencial del movimiento bioético en sus orígenes. Desde esta perspectiva la bioética no es una disciplina que se enseñe. La expresión experto en bioética no tiene demasiado sentido. El aspecto fundamental es el de la competencia en las disciplinas que intervienen en el diálogo bioético que son las ciencias médico biológicas, por una parte, y las humanidades, por otra.

El diálogo interdisciplinar que se inicia en los años 70 hace referencia especialmente a los datos aportados por la biología referentes a las primeras fases del desarrollo y a las aportaciones de la biología molecular. Desde aquí puede escribirse una historia de la bioética. Pero también puede escribirse a través de la historia de los trasplantes y las discusiones éticas; o también a través de los comités éticos de investigación clínica o de los comités de ética asistencial; o a través del problema de la animación, tanto desde el concepto hilemórfico como de las discusiones sobre el concepto de persona; o a través de los diferentes sistemas sanitarios; o del reconocimiento de los derechos de los pacientes, etc.

### **Condiciones del diálogo bioético**

En la medida en que queramos ir más allá de la dimensión bioética como procedimiento para resolver problemas y queramos entrar en los aspectos más profundos del sentido de la bioética, es decir: el diálogo interdisciplinar como metodología de trabajo en el análisis y profundización de contenidos, hemos de desbloquear el diálogo de sorudos entre una concepción cientista de la ciencia y una versión moralista de la ética.

Podríamos definir el cientismo como la autocomprensión de la ciencia como algo absoluto, independiente de cualquier referencia exterior y en especial del cuestionamiento que puede venir de la ética. Moralismo sería la correspondiente absolutización de la ética que pretendiera de toda aportación y cuestionamiento exterior de la misma; un modo de entender la autonomía de los planteamientos éticos con la pretensión de

plantear y resolver los problemas prescindiendo de las aportaciones de las ciencias.

Desde esta perspectiva me interesa subrayar las condiciones imprescindibles de todo diálogo bioético: respeto al otro, tolerancia, fidelidad a los propios valores, escucha atenta, actitud interna de humildad; reconocimiento que nadie puede arrogarse el derecho a monopolizar la verdad y que todos hemos de hacer un esfuerzo para ser receptivos; aceptar la posibilidad de cuestionar las propias convicciones desde otras posiciones, la razonabilidad de los argumentos. En otras palabras: son necesarias la escucha recíproca; el enriquecimiento de la competencia profesional interdisciplinar y la autenticidad de los acuerdos. Son un auténtico estorbo los dogmatismos científicos o espiritualistas y las visiones reduccionistas. La ignorancia convierte en imposible el diálogo bioético.

Hoy, es necesario impulsar el dialogo todavía incipiente entre la ética y la economía de la salud; entre la ética y la política sanitaria; entre la ética y el derecho; entre la ética y el control social de los sistemas de decisión. Esto es para mí lo realmente importante de una *discusión bioética en instituciones sanitarias*. Es decir unos aspectos que por su naturaleza relativamente incipiente en el diálogo bioético resulta difícil abordar en un Congreso.

No se me escapa que la dimensión de Bioética en las instituciones sanitarias abarque otros aspectos. Mi inclusión en una mesa de docencia hacía necesaria para mí la explicación que les he dado, aún corriendo el riesgo de crearles confusión.

### **Bioética clínica y objetivos docentes**

En los orígenes de la bioética, adquieren una relevancia especial las discusiones de una parcela de la bioética, que es la *bioética clínica* y más en concreto los problemas urgentes y dramáticos de la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre pronóstica, que exige una metodología y la coherencia de las decisiones. Por el interés que despiertan estas decisiones que se toman, principalmente, en hospitales de alta tecnología, la bioética clínica queda reducida a cuestiones excepcionales. Creo que, desde esta perspectiva, podemos decir que hay unos contenidos y habilidades que pueden y deben enseñarse y algo mucho más difícil de enseñar que son las actitudes y unas cualidades que hay que poseer para el diálogo ético en una sociedad plural.

Desde esta perspectiva creo importante afirmar que *la bioética no es la deontología de siempre, ni tampoco es reducible a medicina legal*. La deontología de siempre ha evolucionado desde los códigos deontológicos centrados en la etiqueta profesional a unos códigos de ética que podían fácilmente ser consensuados, en unos momentos de valores sociales mayoritariamente compartidos, hasta el momento actual en el que los valores compartidos son menos y el consenso moral se limita a una cuestión de acuerdos estratégicos, especialmente atentos a la legislación vigente. Tampoco es la medicina legal, cuyo objetivo no es tanto la excelencia profesional como la transmisión de contenidos legales que tienen, por su naturaleza, el aspecto coactivo y no de propuesta ética.

Desearía subrayar aquí que la dependencia que muestran algunos legisladores de las sen-

tencias de los tribunales americanos para orientar en nuestro país en los casos de conflictos, simplemente no nos gustan ni convienen. No nos gustan por el énfasis en la ley y no en la ética; no nos convienen porque el sistema jurídico de la Common Law no es el nuestro y por el hecho de que la mayoría de las sentencias americanas en los casos más difíciles tienen como referente la Constitución americana -y frecuentemente los debates sobre la Enmienda 14 de la misma- que, obviamente, no es la nuestra. Una rica tradición jurídica como la nuestra es la que tiene que entrar en el diálogo entre bioética y bioderecho.

Con el fin de ceñirme al contenido de esta mesa redonda, presentaré un extracto de la ponencia que con el Dr. Pere Abelló, presentamos en el XV Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, que se celebró en Lérida ahora hace un año.

La competencia clínica asistencial del médico exige un amplio conocimiento de las enfermedades, con una capacidad de aplicación de estos conocimientos. Pero, hemos de tener en cuenta que, en el médico competente que buscamos, es más importante la síntesis razonada de conocimientos básicos (sobre la persona sana y la enferma) con su jerarquización de valores, que la erudición no ordenada -por amplia que sea- de estos conocimientos.

Razonamiento y juicio han de permitir una aplicación de los conocimientos al análisis e interpretación de datos, definir la naturaleza de un problema de salud y capacidad para planificar e implementar la estrategia para resolverlo. Este objetivo del campo cognoscitivo, la capacidad para resolver problemas no deriva del simple acumulo de conocimientos, sino que exige un entrena-

miento en la capacidad de razonar, de deducir con lógica, de utilizar con medida los medios adecuados: comportará una metodología activa de docencia, básicamente a través de seminarios y de participación en la práctica asistencial.

De esta manera podrá hacer una jerarquización de los problemas, diseñar un plan diagnóstico y elaborar un diagnóstico diferencial, establecer un plan terapéutico y hacer el seguimiento. También deberá tener la capacidad de decisión en situaciones de emergencia vital.

Creemos que los objetivos docentes han de orientarse en torno a los tres ejes siguientes:

1) Desarrollo progresivo de la competencia profesional

2) Armonización entre los valores del conocimiento técnico científico especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona.

3) La sinergia necesaria entre los objetivos de la política sanitaria y la forma como se instrumentan los medios o recursos para llevarla a término.

Premisa fundamental para todo análisis ético es esta competencia profesional, que exige una historia clínica correcta, un diagnóstico diferencial correcto, una aproximación pronóstica y tratamiento adecuado. Esta premisa es fundamental en el sentido de que es básica y de que de no existir hay que corregir como deber ético fundamental.

Corresponde al Prof. Diego Gracia el mérito de haber diseñado un programa muy completo de formación en bioética clínica. En un telón de fondo de formación filosófica seria y profunda se explican los llamados principios de bioética (no maleficencia, bene-

ficencia, autonomía y justicia), y su aplicación práctica en el estudio de casos que son tratados en diálogo interdisciplinar. De acuerdo con Diego Gracia al que cito a continuación:

“Los principios de bioética pueden considerarse como núcleos de confluencia de diferentes valores que entran en juego en el análisis de decisiones clínicas. En el análisis de casos se pueden cultivar y afinar las actitudes que exige una medicina centrada en el paciente como persona.

Los objetivos mínimos a cubrir en la formación profesional en bioética clínica de alguien que desee hacer de la misma una especialidad, han de ser los siguientes:

1) Adquirir una formación en contenidos y habilidades, que capacite para actuar como experto en la solución de conflictos éticos en la práctica clínica y hospitalaria, a fin de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

2) Adquirir los conocimientos y habilidad necesarias para organizar, dirigir y gestionar los comités de ética asistencial.

3) Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para dirigir y gestionar los comités éticos de investigación clínica.

4) Adquirir los conocimientos y habilidad necesarias para actuar como consultor de bioética clínica.”

Para aquellos que deseen entrar en el ámbito de la ética, conociendo y utilizando este lenguaje de manera apropiada y resolver los casos difíciles de conflictos de valores de su especialidad, creo que es suficiente una buena fundamentación y el aprendizaje de una metodología en la resolución de casos. En términos concretos una cosa es especializarse para ser consultor y otra cosa es saber orientar correctamente los conflictos éticos

de la propia especialidad. Desde esta perspectiva, no tendría reparo en definir *la bioética clínica como el ejercicio de una medicina de calidad, es decir, que pase los estándares de control de calidad, orientada al paciente al que se considera como persona, como agente moral autónomo*. Cuando la autonomía del paciente quede limitada o no pueda ejercerse, deberá mostrarse el debido respeto a sus representantes legales.

No puedo entrar aquí en los aspectos del consentimiento informado y sus exageraciones en cuanto al requisito de lo que tiene que incluirse en el escrito. Basta indicar que para algunos este escrito no se dirige al paciente, ni al juez. Parece escrito pensando en un juicio en el que va a acusarse al médico de haberse olvidado de algún requisito.

Quisiera subrayar que uno de los *objetivos más importantes de la formación en bioética es despertar la sensibilidad ética y la habilidad en identificar los aspectos éticos de la práctica médica diaria más que ayudar a resolver los casos extremos de conflictos de valores*.

Teniendo presente una medicina centrada en el paciente y respetuosa con su jerarquía de valores será más fácil resolver los posibles conflictos de valores para obtener un consentimiento o el rechazo, éticamente válido, a un determinado tratamiento o prueba; cómo actuar en casos en los que el paciente sea parcialmente o totalmente incapaz; cómo se ha de informar al paciente; cómo y cuándo puede resultar éticamente aceptable no informar o retener información; aspectos éticos en la atención a pacientes con pronóstico malo o en situación terminal; cómo crecer en virtud y capacidad de servicio etc.

### **Actitudes y valores a transmitir**

En relación a los *valores a transmitir en nuestra sociedad* hemos de tener en cuenta el momento en que vivimos de ruptura con el llamado modernismo y la influencia del post-modernismo como rechazo radical de todo ideal de fundamentación y de toda ambición de totalidad. Se trata de cancelar, en el post-modernismo la concepción de la razón, la historia, la sociedad, el hombre y arte inherentes a la modernidad. La posibilidad de una moral con pretensiones de universalidad es cuestionada por amplios sectores de la sociedad.

La posibilidad de fundamentar una moral médica que sirva como sistema vertebrador de los compromisos éticos de los profesionales de la salud respecto a la sociedad también es cuestionada a pesar de que consideramos al colectivo médico como muy conservador en sus actitudes y en la transmisión de valores profesionales. Creo que en la Profesión médica, en nuestro país, se entremezclan las visiones post-modernistas con actitudes fuertemente ancladas en una cosmovisión con pretensiones de universalidad de carácter científico-técnico más propio de la época anterior. Se crea así un desconcierto sobre la legitimación de los valores que han de transmitirse. El refugio a las diferentes corrientes filosóficas no ofrece ninguna seguridad y se cae en la tentación de buscar toda protección en el derecho. Resulta evidente el peligro que representa para la profesión su determinación desde fuera.

Diversos factores contribuyen a este desconcierto: la capacidad de la tecnología médica con el desafío que presentan a los valores tradicionales: piénsese en las tecnologías de reproducción asistida; ciertas aplica-

ciones de la ingeniería genética; las posibilidades diagnósticas y predictivas; trasplantes, etc; la medicalización de la sociedad; el activismo de los pacientes- convertidos en clientes o usuarios de la sanidad- la reducción de los valores compartidos por la sociedad cada vez más plural; la mencionada influencia de la filosofía en temas que antes pertenecían al ámbito estrictamente médico: el debate político sobre estos problemas y la influencia de los medios de comunicación social en la configuración de los valores.

Ciertamente en la formación bioética no podemos olvidar que, hoy en día, es necesario que el médico conozca los marcos de referencia jurídica y la legislación en cuestiones que le afectan. En el ámbito colegial el diálogo entre ética y ley ha de promoverse para potenciar el ejercicio correcto de una medicina correcta en el marco de la legalidad.

Finalmente, el respeto que merece el paciente, exige, hoy más que nunca, que los profesionales de la salud en general, y los médicos en particular adquieran la suficiente

habilidad comunicativa para poderse hacer comprender por los pacientes. Resulta tanto más necesario cuanto menos posibilidades tenga el médico de entrar en contacto con los clásicos de la literatura y más circunscrito quede en el mundo de su vocabulario especializado médico-técnico.

Una actitud de respeto al enfermo como persona, la delicadeza y amabilidad en el trato, el conocimiento y reconocimiento de los derechos de los pacientes, la competencia y habilidad profesionales mantenidas en una formación continuada; la capacidad para aceptar que hay diferentes jerarquías de valores son las condiciones sine qua non para recuperar el trato amistoso de la relación médico-paciente y para comprender que la desconfianza social hacia el ejercicio profesional tiene un fundamento y puede interpretarse como un mecanismo regulador del poder que la tecnología médica pone en manos de los médicos. La imagen del médico no puede ser la del biócrata omnipotente.