

Los cambios biotecnológicos y los fines de la medicina. Cambio de rol del médico y de la medicina. Desde la perspectiva del enfermo-ciudadano

Ramón Valls

Catedrático de Historia de la Filosofía. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia: Ramón Valls.

Observatori de Bioètica i Dret. Universitat de Barcelona. España.

C/ Baldiri Reixach, 4. 08028 Barcelona. Correo electrónico: valls@menta.net

Como saben todos los que han asistido a las lecciones de “Ética para la bioética” que imparto en el Master de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, sostengo que ha sido un acierto adoptar el principio de autonomía como primer principio de toda bioética después de que se hubiera puesto ya en circulación a propósito de la experimentación medicofarmacéutica con seres humanos, que es preciso mantener. Entiendo, pues, que este principio debe mantenerse, ya que tiene su raíz en la autonomía moral, como fue enérgicamente formulada por Kant cuando reelaboró la tesis de Rousseau sobre la libertad moral (*Sobre el contrato social*, 1.^a parte, capítulo IV) y lo interpretó como fruto irreversible de la Ilustración y de la Revolución francesa. Creo, por tanto, que la presencia del principio de autonomía en la bioética significa que tanto en el terreno asistencial como en la investigación ha llegado, por fin, la moral moderna.

Sin embargo, también es cierto que este principio, que en nuestra cultura vale para todos los seres humanos, nunca se ha visto y aceptado como rigurosamente universal. Es un producto refinado de nuestra civilización que significa un avance en la comprensión de la libertad humana, que de una u otra manera siempre se postula como supuesto básico de cualquier tipo de *praxis* imperativa y responsable. Así, Kant identifica la libertad humana con la autonomía moral y entiende que la emergencia histórica de este concepto es una disposición moral propia de los seres humanos, aunque en etapas anteriores no hubiera sido objeto de atención. Es un progreso en la hominización o, si se prefiere, en la humanización de la cultura; no obstante, no es fácil de extender a todos los campos y culturas, ya que levanta la oposición de todos los tribalismos y gremialismos, particularistas por vocación, en tanto defienden en primer plano sus intereses particulares o un *statu quo* social. Estos particularismos no son defendibles, ciertamente, si no se subordinan al valor universal de la autonomía, y no pueden ser absolutamente descalificados porque ningún individuo se inserta directamente en la comunidad humana universal (inexistente, diría Nietzsche, como verdadera comunidad real) sino que ésta, cuando se da, tiene lugar a través de una o varias comunidades que en su ser real y concreto no están exentas de particularismo.

De esta primera reflexión se desprende que todo aquel que profese la autonomía del individuo (siempre que éste goce del uso expedito de sus facultades psíquicas y no esté sujeto a obligada tutoría) como principio supremo de la ética, y no subordinable por tanto a otro, deberá admitir como con-

trapeso la pertenencia de todos nosotros a una o más comunidades. Y es así porque una comprensión absoluta del principio en su claridad abstracta equivaldría a profesar una especie de atomismo social enteramente falso. Los humanos no somos un conjunto desmembrado de individuos, ni ninguno de nosotros acaba en su propia piel, sino que todos estamos constituidos desde el momento del nacimiento por un conjunto de relaciones muy sustantivas con los otros individuos en el seno de una sociedad preexistente.

Habiendo sentado, pues, el principio y su contrapeso, se considerará a continuación el eje formado por ambos: en primer lugar, en el ámbito de las decisiones éticas en general y, a continuación, en el contexto más restringido de la relación médico/paciente.

Primero conviene ser consciente de que las decisiones éticas reales se toman siempre en el interior de una situación que viene determinada por un gran conjunto de factores no siempre bien conocidos, e incluso ignorados, que, sin embargo, tienen su peso en la situación. Además, por lo que se refiere a las decisiones en sí mismas, hay que distinguir entre las que se refieren a criterios de actuación y las que lo hacen a actos concretos. Respecto a los criterios que decidimos adoptar (p. ej., en el seno de un comité ético hospitalario), con el propósito de observarlos en las actuaciones profesionales futuras, se ha de entender que valen hasta una nueva decisión que los rectifique. Esos criterios, en efecto, serán siempre revisables en función de nuevos conocimientos y valoraciones porque no eran la conclusión de una deducción apodíctica, plenamente clara y distinta, a partir de un código dotado de autoridad absoluta, sino que, más modestamente, eran el resultado de una decisión prudencial plenamente falible. Por otro lado, cuando se trate de las decisiones enteramente concretas sobre una acción determinada que proponemos u omitiremos (p. ej., en el quirófano, en el servicio de urgencias, en la UCI), es evidente que serán normalmente irreversibles, pero según su resultado podrán, y deberán muchas veces, retroalimentar la revisión de los criterios que hasta aquel momento se habían adoptado. Es necesario insistir en que en ambos casos la decisión es siempre resultante de muchos factores, bien o mal conocidos, quizá oscuramente presentidos, que solicitan con frecuencia la decisión en sentidos contrarios, pero que, en cualquier supuesto, concurren en la decisión final. También hay que tener en cuenta que la decisión, no ya sobre criterios sino sobre acciones u omisiones,

sintetiza el concepto intelectual y la intuición sensible, robándole a Kant la fórmula, expresión que significa en nuestro contexto que en la decisión concreta concurren el criterio ético intelectual y la percepción sensitiva (por decirlo así) del enfermo y su situación.

En segundo lugar, en cuanto a la relación médico-paciente, es relevante despertar la conciencia de que esa relación es, y ha sido, muy variable en las diferentes culturas y a lo largo de la historia (desde el hechicero de la tribu, pasando por el médico pitagórico que redactó el juramento hipocrático, o el sacerdote del templo de Esculapio, entre otros). La conciencia de la variabilidad histórica de esta relación la convierte automáticamente en flexible, cuando médico o paciente se encuentran en ella. En líneas generales podemos decir que también la relación terapéutica ha evolucionado desde la heteronomía a la autonomía, pero que la autonomía en ascenso de uno de los dos extremos de la relación (el paciente) no puede nunca llegar a ser tan total que excluya la dependencia respecto del otro (el médico). Sin que ahora pueda desarrollarlo, he sostenido a lo largo de mi docencia que toda autodeterminación no es ni puede ser nunca solitaria, sino que es siempre autodeterminación en la heterodependencia, es decir, en el seno de la interdependencia. Llevando esta reflexión al asunto que nos ocupa, se puede afirmar que la autonomía del enfermo no puede implicar una tal subordinación del médico al paciente que lo convierta en un mero instrumento de información técnica.

Ello es así no solamente porque tanto el médico como el paciente son dos personas autónomas, sino porque, a pesar de todos los cambios históricos, la relación terapéutica es interpersonal *sui generis*. Es decir, que entre una relación plenamente objetivable establecida entre dos personas que cierran un trato de compraventa, por ejemplo, y una relación estrictamente personal cargada de subjetividad, como la que se da entre amantes o amigos, *stricto sensu*, hay que situar, como mínimo, dos relaciones más, diferentes entre sí pero semejantes: la relación pedagógica y la terapéutica, a mitad de camino de la pura objetivación de una relación de negocios, por ejemplo, y del total personalismo de la relación amorosa. Las dos suponen un desnivel (el maestro y el médico saben más que el alumno y el enfermo, respectivamente), pero éste tiende a disminuir durante la relación. La comunicación transmite información, pero implica una empatía básica inherente a la curación, pero que nunca ha de llegar a pura amistad personal, porque entonces el hilo se complica, la profesionalidad puede degradarse e incluso puede llegar a hacerse imposible.

Además, en estas relaciones que podríamos denominar *subjetivo-objetivas* ninguna de estas personas está aislada, sino que ambas tienen a su espalda capas superpuestas de otras personas integradas en grupos sociales diferentes. De este enfermo, por ejemplo, cuelga toda la comunidad de los Testigos de Jehová, del otro, una religión o cultura diferente de la mía, etc. En la mayoría de los casos, como mínimo está detrás la familia, a veces sin unanimidad entre ellos. Por el lado del médico cuelgan, además de su propia historia, los colegas y las asociaciones profesionales con su ideología, códigos deontológicos, etc. En resumen, este contexto tan complicado no se puede simplificar con una simple abstracción

que afirme que el enfermo es autónomo, él manda y él dirá, sino que es claro que las decisiones morales reales y concretas son y han de ser *de situación*, en la que se incluyen percepciones poco claras, pero muy reales, de un conjunto muy amplio de dimensiones del problema. La aplicación casi mecánica (o *de ordenador*) de un criterio, que en su abstracción es correcta, es un modo de hacer propio de cabezas cuadradas con orejeras de caballo. La actuación profesional resulta, entonces, destructiva porque previamente ha aplanado la complejidad de la situación, y tal simplismo se asocia generalmente con una adhesión demasiado rígida a una creencia o un código que se supone eterno, como el Corán celestial del que hablan los maestros del Islam. Y cuando la creencia en el código eterno se ha debilitado, algunos no dejan de sentir nostalgia de las viejas certezas y se resisten a considerar siempre revisables las decisiones éticas. Aunque denuncio tales tozudeces, no defiendo el puro relativismo moral, puesto que sostengo el carácter absoluto del respeto debido a la dignidad innata de todas las personas, inherente a la autonomía.

Se entiende, en fin, que la aceptación social de un estilo de ejercer la profesión, que se califica como *buena praxis*, no es un recurso para huir de los principios sino un reconocimiento de los componentes materiales y empíricos que concurren en las decisiones, junto con los criterios intelectuales de la moral. Anteriormente me he referido a la expresión de Kant según la que la percepción concreta sintetiza concepto y sensación. A ella se añade ahora lo que él mismo dice: "conceptos sin intuición sensible son vacíos, pero intuiciones sensibles sin concepto son ciegas". Es decir, que los criterios morales sin la modulación procedente de la percepción de la situación conducen al disparate profesional, pero la percepción de la situación sin criterios que la iluminen, lleva a improvisaciones ciegas y a un ejercicio profesional, más que desordenado, caótico.

Por último, cabe añadir una palabra desde la perspectiva del enfermo-ciudadano, o sea, del enfermo con conciencia cívica. En términos generales, éste pedirá no solamente que le sea garantizado el acceso a una asistencia sanitaria de calidad en virtud de los derechos humanos reconocidos por todos los Estados modernos, sino que desde la autonomía pedirá también al legislador que lo proteja de todas las formas de secuestro médico, tanto de la información sobre él mismo y sus afecciones, como de las decisiones terapéuticas. Se ha explicado que el enfermo no puede ser el único determinante de las decisiones y por tanto que el médico no puede ser degradado a mero ejecutor de tales decisiones, pero lo contrario también es cierto, y eso es importante subrayarlo porque llevamos a la espalda una larga tradición de tratamiento del enfermo como menor de edad. El hecho de que la confidencialidad de los datos tenga que ceder ante peligros para terceros o para la salud pública pone en evidencia que la autonomía unilateral del enfermo no es sostenible. Conviene, pues, discutir y reglamentar el uso de los datos de las historias clínicas para la investigación, porque estos datos son del enfermo, a pesar de que la historia no lo sea, siempre teniendo en cuenta que este tipo de utilización podrá llevarse a cabo generalmente guardando el anonimato del paciente.

En resumen: autonomía sí, pero no solitaria y unilateral, sino compartida. A fin de cuentas *todos* somos mayores.