

Bioética médica: de las declaraciones y los proyectos a un estatuto académico y una realidad clínica

Donde hay amor al hombre también hay amor a la ciencia.

Tratados Hipocráticos. Preceptos 6⁽¹⁾

Hacia el año 400 antes de nuestra era el médico hipocrático llevaba su arte por las ciudades de Grecia⁽²⁾: “*En Tasos, a la mujer de Filino, que había parido una niña, al haberse producido la evacuación loquial... y encontrándose libre de cuidados, en el decimocuarto día después del parto la atacó una fiebre violenta con escalofríos intensos...*”. “*Al Clazomenio, que yacía enfermo cerca del pozo de Friníquides, le atacó una fiebre violenta. Y le dolían la cabeza, el cuello y la región lumbar desde principio y enseguida sordera...*”. Son cuarenta y dos detalladas historias clínicas. Veinticinco de esos casos terminan en la muerte. El médico sabía que debía “*ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño*”, y que “*el arte consta de tres elementos, la enfermedad, el enfermo y el médico*”⁽³⁾, tríada paradigmática de la medicina hipocrática. Reconocerá que no sólo no debe causar daño, también conocerá sus límites: había casos que dada su gravedad y una muerte inevitable, no debería tratar.

En su elección, en la limitación del tratamiento, el médico hipocrático estaba solo. Sus referencias eran su arte, sus códigos éticos y su conciencia.

El 9 de marzo de 1960 en Seattle, Washington –ahora los datos serán más precisos– el maquinista Clyde Shields, de 39 años, moría de una insuficiencia renal irreversible. El mes anterior, el doctor B.H. Scribner había inventado una pequeña cánula de plástico que colocada en una fístula arteriovenosa, fístula que se realizó en el brazo de Clyde, y unida por un circuito a una máquina –inventada mucho antes por el doctor W. Kolff en Holanda bajo la ocupación nazi– podía conectarse y desconectarse cuantas veces se quisiera⁽⁴⁾. Nació la hemodiálisis crónica, y Clyde Shields pudo escapar de la muerte. Pero se calculaban en 20.000, en Estados Unidos, los enfermos con insuficiencia renal crónica en etapa terminal más los nuevos pacientes que aparecían cada día. Lo sucedido después es conocido: el impacto de cada nuevo desarrollo técnico determina la solución de un problema; pero se crean en vasta proporción muchos otros.

La oferta superaba los recursos. El Seattle Artificial Kidney Center disponía de solo nueve camas, y el costo del procedimiento era elevado: U\$S 10.000 –dólares de 1960– anuales.

La irrupción de una técnica, cuya aplicación era capaz de decidir la vida o la muerte, enfrentó a los médicos y a la institución a situaciones y preguntas que no habían imaginado antes. ¿Quiénes se deberían beneficiar con la nueva técnica? ¿Quién o quiénes determinaban qué pacientes serían beneficiados y quiénes no, llevando a estos a una muerte irremediable? El médico del siglo XX no estaba preparado para la toma de decisiones de ese tenor. El arte, los códigos, la conciencia individual del médico hipocrático ya no eran suficientes. Las preguntas desbordaban su saber y su praxis.

En una decisión sin precedentes, el centro nombró un comité que debería seleccionar, de acuerdo a lo considerado por médicos y psiquiatras, los pacientes que se beneficiarían de la técnica. El comité, anónimo, estaba formado por un pastor, un abogado, un ama de casa, un hombre de negocios, un dirigente laboral y dos médicos especialistas no nefrólogos. Se estudiaba caso por caso teniendo en cuenta la situación personal, social, psicológica y económica de los candidatos, si tenía personas a su cargo, etcétera.

La palabra aún no existía, y aunque sus integrantes no lo supieran, se había conformado el primer comité de bioética, interdisciplinario e intercultural.

Como todo acto médico cuya intervención suponga la elección entre la vida y la muerte, las decisiones del comité tuvieron amplia repercusión social. Estudiantes, teólogos, filósofos, juristas, miembros de las iglesias, la sociedad toda hizo oír su voz. Lo mismo que los diferentes medios de comunicación.

Los sucesos de Seattle dieron, desde entonces, la impronta de lo que han sido los debates que atañen a la bioética: sus temas ya no son privativos de los ámbitos médicos o académicos; la opinión de personas ajenas a la medicina ha sido la norma, y la repercusión mediática inevitable logró que los temas no siempre sean tratados con la seriedad que se debe.

La palabra *bioética* fue introducida en 1971 por el oncólogo Van Rensselaer Potter^(5,6), de Wisconsin. La incluyó en el título de su libro⁽⁷⁾ y allí explicó su concepción de lo que debería ser la bioética: “*Hay dos culturas*” –dice Potter– “*-ciencias y humanidades- que parecen incapaces de hablarse una a la otra y si ésta es parte de la razón de que el futuro de la humanidad sea incierto, entonces posiblemente podríamos construir un 'puente hacia el futuro' construyendo la disciplina de la Bioética como un puente entre las dos culturas. Los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos. La humanidad necesita urgentemente de una nueva sabiduría que le proporcione 'el conocimiento de cómo usar el conocimiento' para la supervivencia del hombre y la mejora de la calidad de vida*”.

Debe quedar claro, las dos culturas, la ciencia y las humanidades, marcan todo el final del siglo pasado y lo que va del presente. Sus debates son titulares de prensa, los políticos llevan la discusión a los parlamentos. La bioética, ética global, podrá ser definida entonces “*como el estudio sistemático de la conducta moral en las ciencias de la vida*”, siendo la bioética médica una de sus ramas⁽⁸⁾.

No son siglos, décadas ni años, los desafíos que la revolución científico-tecnológica determina al hombre de hoy. Día a día el médico se enfrenta a nuevos dilemas que desbordan su individualidad y que requieren una deliberación interdisciplinaria. “*Se puede mantener que la bioética es una disciplina nueva y verdaderamente emblemática de nuestra era. Ninguna otra disciplina o campo de estudio refleja con mayor fidelidad nuestra contemporaneidad. La medicina y las ciencias de la vida son en nuestra era lo que la religión con sus promesas de salvación fue en la Edad Media*”⁽⁹⁾, afirma James Drane.

Los problemas derivados de la investigación científica en seres humanos y de la práctica clínica dominan el campo de la bioética médica. Y las decisiones no pueden tomarse hoy como el médico hipocrático las tomaba, solo frente a su enfermo, sus códigos, su conciencia. No sólo porque el médico “liberal” ya no existe. Dependiente de una institución pública o privada, tendrá una responsabilidad que excede la suya propia. El médico o el científico de hoy no es un ser autónomo –y de ello se debe ser consciente– sino que está inserto en un sistema de salud. Somos profesionales públicos en su acepción más amplia. El poder, el poder médico –y el médico tiene que ser consciente de ello– está condicionado por los límites que la sociedad le impone.

En los desafíos a los que hoy nos vemos enfrentados, las preguntas suelen predominar sobre las respuestas.

¿Debemos seguir considerando al aborto como un acto penalizado por la ley? ¿Las disposiciones anticipadas ante una enfermedad terminal –el “testamento vital”– debe ser regulado por ley, con intervención de escribanos y jueces o debe ser un acto privado entre el paciente, su familia y el médico? El proyecto Genoma Humano se llevó a cabo con fondos privados, ¿es posible que un conocimiento que atañe a toda la humanidad sea administrado privadamente? ¿Será posible que las compañías de seguros puedan ser dueñas de nuestra privacidad? ¿Podrán crearse bancos de datos con el mapa genético individual? Puede ser posible.

Hoy día no están limitadas a nueve las plazas para la hemodiálisis crónica. Pero cada día aparecen nuevas opciones terapéuticas que –como ayer la hemodiálisis– ponen a prueba la asignación de recursos, públicos o privados, generando nuevos dilemas. ¿Cuál debe ser la actitud de una institución cuando un paciente reclama una terapéutica cuyo costo –60.000 o 70.000 dólares– puede desencadenar un grave perjuicio a su funcionamiento?

¿Se nos impondrá la “ética” de Estados Unidos, donde los problemas bioéticos se dirimen en los tribunales antes que en los comités de ética?

¿Hay una ética de la investigación en seres humanos para el hemisferio norte y otra para el sur o para los países pobres y africanos? En la lucha contra el sida, para el ensayo de una nueva droga antirretroviral, ¿se justifica la administración de la droga nueva contra placebo solo, en la población control, cuando hay una medicación efectiva para tratar a esa población, a la que podría agregarse la nueva? ¿Se justifica el sacrificio de cientos o miles de africanos, negros y pobres, en aras de la salvación posible de millones? ¿De blancos y negros tal vez?⁽¹⁰⁾ ¿Será necesario entonces cambiar, “adaptar” la Declaración de Helsinki para la investigación en seres humanos para los países del tercer mundo o “en vías de desarrollo”^(11,12).

¿Y qué decir cuando un gobierno empleando prácticas de terrorismo de Estado obliga, y lo que es más grave, permite al médico –despenalizando su conducta– asistir profesionalmente a la tortura, y, como si el

terrorismo de Estado nazi resurgiera, el gobierno de Estados Unidos, por su Departamento de Defensa, lanza unas “guías” para que los médicos se orienten en la tortura?⁽¹³⁾. Como los médicos del Tercer Reich, que dijeron al mundo y a su conciencia “*que en ninguno de esos actos, jamás hemos atentado contra la ética médica*”⁽¹⁴⁾. Bioética y derechos humanos, otra nueva rama de la bioética que marca el final y el comienzo de otro siglo.

El aborto, el hombre frente a una enfermedad terminal, la equidad, la asignación de recursos, los dilemas de la investigación en seres humanos, la investigación y el uso de células madre, están pidiendo –a gritos– respuestas. Médicos, abogados, jueces, instituciones de asistencia médica, las requieren; requieren por lo menos un cuerpo doctrinario que sustente su praxis.

La bioética, entonces, con más de 30 años de instalada en el mundo occidental, requiere hoy su estatuto académico y su adaptación –desde este Uruguay– a la práctica clínica y de la investigación. Cursos y cátedras de bioética existen en varios países de América Latina, donde cuentan con una larga tradición: Argentina, Chile, Colombia, Cuba, México, son ejemplos de ello.

El nuevo gobierno ha planteado que deben crearse comités de ética –y bioética– en todos los centros hospitalarios, públicos y privados. Pero no existe hoy un número adecuado de profesionales y personalidades con el conocimiento suficiente capaces de diseminar el saber de la ética y bioética.

En nuestro país un curso de bioética se dicta dentro del curso de la licenciatura en enfermería de la Universidad Católica. En nuestra Facultad de Medicina, si bien imparte cursos dentro de asignaturas diversas, aún la bioética no ha alcanzado el estatuto que los tiempos requieren.

La *Revista Médica del Uruguay* ha comenzado una nueva etapa⁽¹⁴⁾. Se han fijado normas para la integración de su Consejo Editorial, ha aumentado su frecuencia a cuatro números anuales, se dispone de un portal gratuito en internet.

Es en este contexto que se ha propuesto, como forma de contribuir a un conocimiento hoy imprescindible y un debate necesario, incluir en sus ediciones temas relacionados con la bioética, los dilemas que plantean las nuevas –y viejas– opciones. Temas que el médico de hoy sólo podrá resolver a través de un saber interdisciplinario e intercultural –ciencias y humanidades de Potter. Es tiempo de bioética y en ese ámbito es que comenzamos en este primer número del volumen 22 de 2006, con el aborto, uno de los temas que han generado apasionadas discusiones ahora y en todos los tiempos. Y sobre el cual la sociedad reclama un conocimiento sin prejuicios y un debate abierto.

El debate y las páginas de la *Revista Médica del Uruguay*, entonces, quedan abiertas para este y los temas que vendrán.

Dr. Ariel Rodríguez Quereilhac

Bibliografía

1. **Tratados Hipocráticos**. T. IV. Preceptos. Madrid: Gredos, 1988: 312-3.
2. **Tratados Hipocráticos**. T. V. Epidemias. Libro I. Madrid: Gredos, 1989: 82-7.
3. **Tratados Hipocráticos**. T. V. Epidemias. Libro I. Madrid: Gredos, 1989: 62-3.
4. **Jonsen AR**. A short history of medical ethics. New York: Oxford University Press, 2000: 104-5.
5. **Lolas Stepke F**. Bioética: una palabra con historia. CIEB 2002:5.[http:// www.uchile.cl/biotica/doc/biohis.htm](http://www.uchile.cl/biotica/doc/biohis.htm). Fecha de acceso 17/11/04.
6. **Lolas Stepke F**. Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida. 2ª ed. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2001.
7. **Potter VR**. Bioethics. Bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall, 1971.
8. **Drane JF**. Origen y evolución de la bioética en Estados Unidos. CIEB 2002:9. <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/bioeu.htm>. Fecha de acceso 28/11/05.
9. **Emanuel EJ, Miller FG**. The ethics of placebo-controlled trials – A middle ground. N Engl J Med 2001; 345: 915-9.
10. **Levine RJ**. The need to revise the declaration of Helsinki. N Engl J Med 1999; 341: 531-4.
11. **Brennan T**. A. Proposed revisions to the Declaration of Helsinki – Will they weaken the ethical principles underlying human research? N Engl J Med 1999; 341: 527-31.
12. **Rubinstein L, Pross Ch, Davidoff F, Iacoppino V**. Coercive US interrogation policies. A challenge to medical ethics. JAMA 2005; 294: 1544-9.
13. **Klee E**. La medicina nazie et ses victimes. Paris: Actes Sud. Le grand livre du mois: 1999. Trad. de Auschwitz Die NS-Medizin und ihre Opfer. Francfort: S. Fisher Verlag, 1999.
14. **Consejo Editorial**. Un logro significativo para la producción científica biomédica de Uruguay. Rev Med Urug 2005; 21: 253.