

Ética médica y bioética: ¿Entrelazados?

Medical ethics and bioethics: Intertwined?

Miguel Kottow¹

RESUMEN

El presente texto reflexiona sobre la convivencia de bioética y ética médica, celebrada en teoría, pero que en la práctica ha mostrado fisuras que culminan en el transcurso de la pandemia COVID-19. Revisando brevemente algunas áreas de reflexión, se observa una tendencia de la bioética a englobar la ética médica restándole su especificidad en la protección interpersonal de la relación médico-paciente, lo que se ha llamado la deshumanización de la medicina, aunque el término más adecuado será despersonalización del encuentro clínico. La ética médica ha de recobrar la tuición sobre la práctica médica, mitigando, sin desatender, la influencia de la bioética entregada a la expansión tecnocientífica de la biomedicina.

Palabras clave: Ética Médica, Bioética, Covid 19.

ABSTRACT

This text reflects on the coexistence of bioethics and medical ethics, celebrated in theory, but which in practice has shown fissures that culminated in the course of the COVID-19 pandemic. Briefly reviewing some areas of reflection, a tendency of bioethics to encompass medical ethics is observed, subtracting its specificity in the interpersonal protection of the doctor-patient relationship, which has been called the dehumanization of medicine, although the most appropriate term will be depersonalization of the clinical encounter. Medical ethics must recover supervision over medical practice, mitigating, without neglecting, the influence of bioethics delivered to the techno-scientific expansion of biomedicine.

Keywords: Medical Ethics, Bioethics, Covid 19.

ANTECEDENTES

Esta breve reseña indaga acaso la relación de bioética y ética médica es de complementariedad, mutuo enriquecimiento, diversidad de propósitos, señalando confusiones que no se resuelven con la mera proclamación de interdisciplinariedad, multidisciplinariedad o transdisciplinariedad entre ellas, por cuanto ello presupone dos disciplinas propias que pueden o deben interactuar de algún modo substantivo, no meramente casual o contextual.

Fritz Jahr (1895-1953) ha sido destacado como creador del término “bioética” e iniciador de la disciplina en base a su imperativo bioético que, al modo kantiano y en el espíritu de Albert Schweitzer, considera a todo ser vivo como un fin en sí mismo meritorio de ser tratado como tal “en la medida de lo posible”. El renacimiento de la bioética como disciplina fue iniciado por Van Rensselaer Potter (1911-2001) creando una sabiduría de la supervivencia mediante un puente hacia el futuro entre las ciencias biológicas y los valores humanos. Al mismo tiempo se crea el Instituto Kennedy de Ética (1971) que por de pronto define bioética como una ética médica, para gran decepción de Potter, aunque la descripción ampliada que presentó William Reich en la Enciclopedia de Bioética (2ª. Ed. 1995) consideraba la bioética como un

¹ Profesor Titular. Universidad de Chile. Correspondencia a: Mkottow@gmail.com

“estudio sistemático de las dimensiones morales (se incluyen visión, moral, decisiones, conductas y opciones políticas) de las ciencias de la vida y la salud, usando distintas metodologías éticas en una visión interdisciplinar”. LeRoy Walters, miembro del Instituto Kennedy señaló, según cita Potter, que la bioética es la rama de las éticas aplicadas que estudia las prácticas y los desarrollos de los campos biomédicos, impulsando la conclusión Potteriana que “un sistema de ética es global cuando, por un lado, es unificado e integral y, en un sentido más habitual, es de alcance mundial”². En trabajos tardíos, Potter abogó por una ética global compuesta de dos áreas principales formadas por intereses que aparecen estar separados, pero se requieren mutuamente: bioética médica y bioética ecológica. La primera, ocupada de la supervivencia del individuo, produce resultados “miserables”, en tanto la bioética global lleva a una supervivencia “aceptable”.

Otras fuentes académicas se refieren a la bioética como una disciplina de éticas aplicadas que comprende tres subdisciplinas principales: ética médica, ética animal y ética medioambiental. En todas estas descripciones se observa cómo la ética médica se convierte en elemento parcial de una bioética con pretensiones más amplias.

“La palabra «bioética» designa un conjunto de discursos y de prácticas, generalmente pluridisciplinarias, teniendo por objeto esclarecer o resolver cuestiones relacionadas con la ética y suscitadas por los avances y la aplicación de las tecnociencias biomédicas”³. Con el advenimiento de la medicina basada en evidencias y el auge de las investigaciones clínicas en seres humanos, se fue imponiendo el nombre de biomedicina “nacida de la interacción de diversos cuerpos profesionales, anteriormente separados los unos de los otros por su formación y sus objetivos. Ella simboliza la alianza de la medicina, de la biología, como también de la industria”⁴. Se abre así el escenario para redefinir la bioética “contrario a lo que comunmente se piensa” más allá de los problemas de la práctica médica para enfoca la reflexión sobre las relaciones que establecemos con lo viviente humano y no humano y a una visión de la bioética que se presenta con renovada frecuencia.

A todas luces, la relación entre bioética y ética médica es poco clara, con tendencia a dar prioridad y soberanía a la bioética, erosionando las especificidades de la ética clínica, “Esto es, el comportamiento de los agentes morales en el espacio de pedir y recibir ayuda que se identifica con la voz “clínica”, donde la relación interpersonal es decisiva”⁵.

Entre la explosiva producción de publicaciones bioéticas, se encuentran innumerables otras definiciones y descripciones de la bioética como ciencia, disciplina o campo, una heterogeneidad que justifica la necesidad de desbrozar la relación entre bioética y ética médica a objeto de rescatar esta de su disolución en una bioética cada vez más holística, cultivada bajo el alero de un academicismo que sobrevuela en forma teórica sin aterrizar, como pedía Latour, a los verdaderos problemas sociales que deben ser atendidos con urgencia.

Desencuentro de bioética y ética médica

El área Bioética y Salud estudia todas aquellas transformaciones ocurridas en el seno de las sociedades tecnocientíficas y multiculturales que introducen cambios en la salud y el bienestar de las poblaciones en general y los seres humanos en particular, analizando aquellas transformaciones ocurridas en la relación médico-paciente, y en conceptos tales como: salud-enfermedad, las visiones acerca de la vida y de la muerte, la justicia en salud, entre otros. Igualmente, se preocupa por investigar aquellas prácticas de la bioética, sus metodologías e instrumentos en relación con la toma de decisiones en el campo de la salud⁶.

Esta visión globalizante, acorde con la definición de la OMS y su reciente introducción del concepto *One Health*, es ajena a la práctica médica cotidiana y a las expectativas del enfermo consultante. Por cierto, la medicina percibe claramente las deletéreas consecuencias negativas de condicionantes socioeconómicas, los deterioros medioambientales y las desigualdades en acceso a atención médica, sin que esté en su poder modificarlas más allá de algunas sugerencias sobre

2 Potter, V.R. (1988). *Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy*. East Lansing: Michigan State University Press.

3 Hottois, G. (2001). Bioéthique. En Hottois, G., Missa, J-N.; *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruselas; De Boeck & Larquier, pp.124-131; p. 124

4 Sebag, V. (2007). *Droit et bioéthique*. Bruselas: Larquier. P. 20.

5 Lolas, F. S. (2014). Aspectos de ética clínica. *Acta Bioethica* 820 (1):7-8. P. 7.

6 Universidad de El Bosque, Colombia. <https://observatoriobioetica.unbosque.edu.co/area/bioetica-y-salud>. Consultado 11 de Octubre 2022.

un modo de vida más saludable, pero que las precariedades de los pacientes no permiten cumplir sino a los privilegiados.

La bioética se refiere a personas y poblaciones, a sujetos de investigación, a proveedores de salud y usuarios, donde la individualidad e identidad personal desaparecen. Deseable o no, los caminos de la bioética y la ética médica se someten a posturas académicas que entrelazan ambas disciplinas de diversas y en ocasiones alambicadas formas, con una tendencia a ver la bioética como disciplina madre, una de cuyas subdisciplinas sería la ética médica. En las prácticas sociales se observan intentos de separar ambas posturas y privilegiar la ética científica que muchos entienden como lo medular de la bioética a costa de desatender la labor médica que precisa orientación ética para cultivar la protección y los cuidados que solicita el paciente al consultar. Estos elementos esenciales del encuentro clínico se ven amenazados por procesos sociales de medicalización y de medicina administrada que transforman la práctica médica en un contrato entre instituciones y clientes, en una corriente de mercantilización cuya moralidad se mueve por carriles diferentes a, y no rara vez conflictivos con, la ética médica tradicional.

La medicina singulariza conocimientos científicos, aplica experiencia y criterios del médico para diagnosticar, curar o mitigar malestares y enfermedades del organismo, en una práctica cuyo norte ético es beneficiar al paciente en fidelidad a la máxima hipocrática *primum non nocere*. La medicina habla de enfermos -no de clientes ni de usuarios-, que acuden al médico para ser acogidos como pacientes engarzados en una relación personal y participativa. La investigación biomédica despersonaliza a los investigados, y los etiqueta como sujetos de investigación o -probandos-, seleccionados como cohortes uniformes para asegurar la validación interna de los estudios.

Basado en estudios aristotélicos, el filósofo del derecho Francesco D'Agostino señala que:

“El conocimiento encuentra en el hombre un objeto que no puede entenderse en *su origin* mediante la disección, es decir, en forma analítica, sino sólo en la sinteticidad de su ser. El principio sintético que constituye la diferencia específica podrá, en breve ser llamado «alma» y, por consiguiente, Aristóteles insiste

en el hecho de que no es posible sentir amistad ni justicia hacia las cosas que carecen de alma...La medicina, sin embargo, obrando por definición con sujetos humanos dotados de alma, necesariamente es también amistad y justicia: el objeto no es un mero objeto de arte del médico, sino el sujeto de una relación terapéutica”⁷.

PRINCIPIOS

Notorio, aunque escasamente resaltado, es que los principios de la ética biomédica presentados en el exitoso libro de Beauchamp y Childress⁸, provienen del Informe Belmont “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación” (1978), cuyo objetivo ha sido delinear principios éticos para la investigación con seres humanos: respeto por el sujeto, beneficencia y justicia, posteriormente transformados en los 4 principios generales de la bioética y sus diversas ramas: autonomía, beneficencia, no-maleficencia, justicia, englobando a la ética médica en un principialismo que pretende ser igualmente válido en la investigación con seres humanos y en la práctica médica de cuidados del paciente. Los principios de Georgetown se tornan operativos como decisión informada del paciente, resguardo de sus intereses, el tradicional mandato de no dañar, y la ecuanimidad en el cuidado de pacientes sin discriminaciones ni sesgos. Más que principios, son reglas de moral común que toda persona que cuida a otra ha de tener internalizadas.

El pensamiento europeo elaboró a su vez cuatro principios: vulnerabilidad, dignidad, integridad y autonomía, que fueron presentados como válidos tanto para la bioética como para el bioderecho⁹. Este principialismo híbrido, si bien dedica su II. Parte a “Los principios Éticos Básicos en los Diferentes Campos de Biomedicina y Biotecnología”, no considera una ética médica centrada en la relación entre médico y paciente que no solo constituye el núcleo de la práctica médica, sino que también ha de ser el fundamento sobre el que se construyen las reflexiones sobre los diversos temas de la biomedicina.

El enfoque en la reflexión y la elaboración teórica queda así en manos de la bioética cuyo norte no puede ser prescriptivo ni vinculante; esclarece sin dirimir entre posturas pluralistas, enfrascada

7 D'Agostino, F. (2003). *Bioética. Estudios de filosofía del derecho*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, p. 29.

8 Beauchamp T.L., Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford New York: Oxford University Press.

9 Rendtorff, J.D., Kemp, P. (2000). *Basic Ethical Principles in european bioethics and biolan*. (2 tomos). Copenhagen; Centre for Ethics and Law; Barcelona: Instituto Borja de Bioética.

en un academicismo distante de los problemas sociales prácticos¹⁰. El método bioético más reconocido es la deliberación, el intercambio de argumentos con miras a esclarecer situaciones decisionales o proponer políticas de acción en concordancia con los principios mencionados, o aquellos europeos de vulnerabilidad, dignidad, integridad y autonomía.

La ética médica, en cambio, que proviene y recibe su nombre de los escritos de Thomas Percival (1740-1804) donde enfatizaba más bien la etiqueta y el correcto comportamiento social del galeno, ha evolucionado solo lentamente en ser incorporada a la enseñanza y práctica médica como “deontología médica”, es decir, como un código de deberes profesionales vinculantes en países donde la colegiatura es obligatoria, incluyendo responsabilidades penales por mala práctica negligente o culposa. Estos códigos de ética médica constituyen una estricta y necesaria reglamentación que no obstante ha de mantenerse flexible ante oportunidades de ponderación y *aggiornamento* de la práctica médica ajustada a los tiempos y a sus contextos sociales.

Ética clínica y ética de la investigación biomédica

La Declaración de Helsinki original (1964) de apenas dos páginas de extensión, enfatiza la diferencia entre experimento clínico terapéutico y no-terapéutico: el “médico no puede asociar la experimentación con un ser humano a los cuidados a menos que dicha experimentación pueda ser justificada por su valor terapéutico para el paciente”. En los estudios no-terapéuticos “la función del médico como tal consiste en permanecer como protector de la vida y la salud del sujeto sometido a la experimentación.” Esta distinción entre investigador y “el médico como tal”, defendida por la Asociación Médica Mundial, incomodó a los científicos que lograron eliminarla en enmiendas posteriores de la Declaración, dando pábulo para debatir sobre la relación entre ética médica y bioética de la investigación.

¿Por qué someter a un estándar [ético] diferente a intervenciones terapéuticas que a una evaluación riesgo-beneficio en intervenciones

no-terapéuticas? Si las intervenciones no terapéuticas son justificadas en investigación, ¿por qué no lo son los controles con placebo cuando solo producen riesgos menores de incomodidad o daño al excluir tratamientos sintomáticos?¹¹

Las preguntas son retóricas, implicando que para los investigadores biomédicos no hay diferencia entre la ética de estudios terapéuticos -que buscan beneficios médicos para el paciente investigado-, justificando así el empleo de placebos como grupo control que solo producen “riesgos de incomodidad o daños menores”. La respuesta desde la ética médica es clara: la distinción entre terapéutico y no-terapéutico es importante, por lo que la ética médica desaconseja los estudios clínicos no terapéuticos que no tienen beneficios médicos para el paciente-probando. En cuanto al uso de placebos -defendido por razones estadísticas, pero no médicas- queda invalidado si agrega riesgos de daños ¿menores?

El intento, lamentablemente exitoso, de eliminar la distinción entre investigaciones terapéuticas y no terapéuticas, ha influido en otra polémica entre investigadores y clínicos. Investigadores norteamericanos que cultivan la bioética con gran prestigio académico (H. Brody, R. Levine, F. Miller, R. Temple) promueven la posición de diferencia ética entre “medicina clínica dedicada a optimizar el tratamiento médico de pacientes individuales”, y la “investigación clínica...[que] no es una actividad terapéutica dedicada al cuidado personal del paciente, su propósito siendo responder cuestiones científicas a objeto de producir “conocimiento generalizable”. Esta posición llamada de similitud es mantenida a pesar de reconocer que “los pacientes voluntarios corren el riesgo de tener su bienestar comprometido en el curso de la investigación científica.

“La conclusión más razonable [para la bioética de investigación] es que los estudios clínicos aleatorizados [RCT en inglés] deben ser gobernados por las normas éticas aprobadas para la investigación clínica, que es diferente de la beneficencia y la no maleficencia terapéutica”^{12 13}. Para la ética médica es inaceptable que los pacientes sean reclutados como probandos perdiendo la

10 Hedgcock, A. (2004). Critical bioethics: Beyond the social science critique of applied ethics. *Bioethics* 18 (2):120-143.

11 Miller, F.G., Brody, H. (2007). Clinical Equipoise and the Incoherence of Research Ethics, *Journal of Medicine and Philosophy*, 32:2, 151-165, p. 157

12 Miller, F.G., Brody, H. (2007). Op. cit., p.157.

13 Miller, F.G., Brody, H. (2003). A critique of clinical equipoise. *Therapeutic misconception in the ethics of clinical trials*. Hastings Center Report 33 (3):19-28, p. 25.

protección médico-clínica para ser incorporados a las incertidumbres de una investigación clínica de resultados impredecibles, donde su bienestar queda comprometido.

En el empeño de la investigación clínica por eliminar la distinción entre terapéutico y no-terapéutico, crea, aunque no lo reconozca, un conflicto para el médico tratante si sus pacientes son incluidos en estudios clínicos no-terapéuticos o de beneficio dudoso, asunto que es atentatorio contra la ética clínica de cuidados del paciente. Si un estudio clínico es necesario, los investigadores han de estar dispuestos a mantener los criterios propios de la ética médica y no reemplazarlos por una ética de investigación.

La ética médica ha de insistir en recuperar la diferencia entre investigación clínica terapéutica y los estudios no-terapéuticos que ponen en riesgo a los pacientes probandos sin beneficio médico alguno para ellos. Ha de mantenerse intransigente en la posición de similitud ética: el paciente, si es además sujeto de investigación, debe ser protegido mediante la sinergia de ética clínica y ética de la investigación. Desde la práctica médica es inaceptable que la ética de la investigación pretenda sustituir a la ética clínica en vez de sumarse a ella.

En suma, hay aquí una discordancia fundamental entre los argumentos supuestamente éticos de los investigadores, y la ética médica que ha de permanecer incólume en la práctica clínica, recordando la aseveración del conocido salubrista norteamericano Anthony Fauci al reconocer que todo estudio clínico aleatorizado requiere de los médicos sacrificar los intereses de sus pacientes en factor del estudio. Este tipo de estudios puede ser muy necesario en ciertas circunstancias —investigación de vacunas promisorias—, pero deben ser empleados con cautela y justificación.

Pandemia y triage

El triage o selección prioritaria de atención médica en situaciones de emergencia y recursos limitados, sometido a debate desde las guerras napoleónicas, ha llevado a cierto consenso de dar prioridad a los severamente afectados, pero con buen pronóstico si son atendidos oportunamente, frente a los que tienen compromiso leve y por ende de resolución simple o eventualmente espontánea, y los gravemente afectados cuyo pronóstico hace temer que los esfuerzos terapéuticos

sean infructuosos. La literatura bioética ha tomado este tema para reflexionar sobre la distribución de recursos médicos escasos, barajando diversas formas de prioridad según edad, valor social, cantidad de personas dependientes, orden de llegada, azar.

Los primeros meses de la pandemia mostraron que la asimetría entre necesidad urgentes y recursos disponibles era duradera, no susceptible de decisiones puntuales sino requirentes de una política consistente de triage. Después de un desconcierto inicial, los servicios de urgencia abandonaron todas las disquisiciones bioéticas de priorización para centrarse en criterios médicos objetivados mediante la aplicación de evaluaciones clínicas (SIRS, MODS), cuantificando daño orgánico neurológico, en sangre, hígado, riñón, presión arterial/hemodinamia. A mayor daño, mayor puntaje y menor prioridad de atención. No se trata aquí de evaluar la pertinencia y calidad ética de este triage estrictamente utilitarista, sino de enfatizar que el criterio médico es el único utilizado en la pandemia, quedando la bioética con escasa a nula influencia. La mayoría de las naciones adoptaron un “trriage pandémico excepcional” como lo denominó el Consejo Nacional Italiano de Bioética, de corte estrictamente utilitario en términos de eficacia terapéutica. La *Accademia Alfonsina* reconoció que la urgencia pandémica obligaba a aceptar este criterio médico “como el único bien posible”¹⁴.

Medicina relacional

Diversas disciplinas convergen al diagnóstico de que los males sociales y ecológicos que afectan al mundo tienen como fundamento principal una distorsión de las relaciones de la humanidad con su entorno, producto de una relación enferma de los seres humanos entre sí¹⁵. Esta “disrelacionalidad” se hace particularmente notoria en prácticas sociales esencialmente interpersonales como medicina y educación.

La medicina es una práctica social interpersonal por antonomasia, y la ética médica se enfoca asimismo en el núcleo relacional protagonizado por un agente médico y un paciente solicitante de terapia. La medicina científica y administrada, cuyos beneficios son innegables, tiene efectos negativos sobre la relacionalidad dialógica entre médico y paciente, al convertirla en un triálogo con la intercesión institucional que irrumpe con sus

14 Del Missier, G. (2020). Overwhelmed by the virus: the issue of extreme triage. Academy Blog, <https://www.cssr.news/2020/03/Overwhelmed-by-the-virus-the-issue-of-extreme-triage/>. Accesado 30 Agosto 2022.

15 Clingerman, F. (2020). Humanity, Relationality and Justice in the Anthropocene, En Serafimova, S. (ed.): Dimensions of Intra- and Intergenerational Justice in the Debates About Sustainability. Sofia: Avangard Prima.

propios valores y reglamentaciones. De allí nace la denuncia de una medicina deshumanizada, que más propiamente ha de ser entendida como medicina despersonalizada. A medida que el predominio de la tecnociencia transforma la medicina en biomedicina, se produce la separación de la bioética relacionada a “las formas de I+D en las que el carácter *tecnocientífico*” manifiesta “su carácter experimentalista...manipulador e intervencionista”¹⁶, alejada de la ética médica que busca cautelar el núcleo relacional del encuentro clínico que sustenta la relación médico-paciente.

Reconocido esto, es indispensable fortificar la relación interpersonal de la que depende la participación y confianza en el cuidado médico, deterioradas pese a los llamados rutinarios a la empatía, la escucha, el respeto por la persona, la puesta en el lugar del otro y la adquisición de habilidades comunicacionales, que no han impedido que se esté instalando un clima de desconfianza, conflictividad y aún violencia en la interacción clínica. Con urgencia debe la medicina restaurar la inclaudicable relación del terapeuta con el paciente y, asunto complejo pero insoslayable, blindar el acto médico, refinando y perfeccionando la ética clínica, de la interferencia hegemónica de la técnica, la digitalización y el mercado.

DISCUSIÓN

La pandemia COVID19 otorga urgencia inesperada a reflexionar sobre la singularidad y especificidad de la ética médica que ha de remozar sus fuentes intelectuales más allá de Hipócrates, Marañón, Osler, y superar la reflexión crítica de Illich, Cochrane, McKeown. Las Declaraciones de Ginebra abordan las generalidades de una moral profesional, ciertamente necesarias pero insuficientes para los complejos problemas de las sociedades modernas.

La medicina es acosada por muchas incertidumbres y temas morales que la atañen, pero donde los debates se difuminan más allá de ella, abordando temas problemáticos que inciden en los valores de la práctica médica pero no son solucionables por ella: la equidad en atención y cuidados de la salud es asunto de debate político, temas candentes como se dan en los extremos de la vida llevan a azarosos ejercicios dialécticos que terminan en

una ley que mandata lo que el médico puede legalmente hacer u omitir, con frecuencia desatendiendo sus valores y creencias. Otros debates que inciden en el actuar médico son principalmente llevados por filósofos, teólogos, sociólogos, con escasa participación de representantes de la medicina. En un texto donde Jürgen Habermas despliega su preocupación por una “eugenesia liberal”, se lee

[L]as nuevas tecnologías nos imponen un discurso abierto sobre las correctas formas culturales de vida. Y los filósofos ya no tienen buenos motivos de cederle este tema de debate a los biocientíficos y a los ingenieros entusiastas de la ciencia ficción¹⁷.

El enfoque en la reflexión y elaboración teórica queda en manos de la bioética liberada de elaborar prescripciones vinculantes y a dirimir entre posturas pluralistas que estimulan un academicismo distante de los problemas sociales prácticos. En efecto, los debates y las publicaciones sobre la biotecnociencia de la fertilización asistida restringen la decisión del médico y del paciente dentro de las normas codificadas y los márgenes legales vigentes, no necesariamente a satisfacción de la ética médica.

Este estado de cosas, que emascula la autonomía del médico, como también la del paciente, se ve agravado por nuevos [dis]valores sociales que administran, medicalizan e instrumentalizan la práctica médica someténdola a regulaciones institucionales orientadas al lucro, o a las restricciones de entidades públicas desfinanciadas que terminan por requerir el apoyo de la medicina privada y ceder a sus normas. La experiencia cotidiana indica que entre los médicos hay quienes abrazan esta medicina utilitarista con entusiasmo, muchos otros con desazón, frustración y depresión, siendo preocupante la incidencia en diversas naciones de profesionales que terminan adictos, alcohólicos o suicidados¹⁸.

Sería recomendable que la reflexión sobre ética médica en tiempos de sofisticación técnica y carestía de la medicina, sugiera utilizar los estrechos márgenes de acción autónoma que permiten paliar en algo estos ingentes costos de la biomedicina actual evitando, por ejemplo, la polifarmacia, restringiendo las recetas a lo más necesario,

16 Hottos, G. (1991). El paradigma bioético. Barcelona: Editorial Anthropos, p. 172.

17 Habermas, J. (2002). El futuro de la naturaleza humana ¿Hacia una eugenesia liberal? Barcelona, Ediciones Paidós, 2002.p. 33 en la edición original.

18 Anderson, P. (2018) Doctors' Suicide Rate Highest of Any Profession. WebMD Archives, Mayo 8; Gilbert, J. A. L. (1980) Alcoholic and Drug Addicted Physicians: The Scope of the Problem CAN. FAM.

privilegiando productos genéricos y cautelando la prescripción de medicamentos inoportunos -antibióticos profilácticos, psicofármacos para distimias pasajeras, polivitamínicos-. Una similar medida es recomendable para las exploraciones diagnósticas, donde es dable recordar que en incertidumbre es razonable recurrir al examen que más aporte a reducir las incertezas, según el teorema de Bayes, y destacar que el diagnóstico tiene por objetivo principal orientar la terapéutica del caso (Wieland), requerir en vez de recurrir a la batería de exámenes inespecíficos que son solicitados de rutina. Estas economías son tanto más importantes en Latinoamérica, donde los pacientes tienen un alto gasto médico de bolsillo, que en Chile alcanza al 40%¹⁹, aunque estas recomendaciones no constituyen sino un barniz utilitarista en cuyo trasfondo ha de asentarse una ética médica más sólida e incorruptible.

El ejercicio moralmente virtuoso de la medicina se vuelve más esencial desde que sus fines se han modificado:

Los tres fines de la práctica médica fueron posponer la muerte, prevenir el dolor y la discapacidad, y promover el bienestar general de los pacientes.

Actualmente los médicos frecuentemente prolongan el sufrimiento o extienden la discapacidad. Su tarea, ahora, es tomar decisiones severas y frecuentes -la medicina se convirtió en una tarea moral²⁰.

Basada en los escritos de A. MacIntyre, esta opinión puede ser demasiado simplista, pero permite resaltar que la ética médica contemporánea es claramente más compleja que antes. Como toda práctica social, la medicina se propone realizar bienes externos y bienes internos. Los bienes internos solo se obtienen mediante el ejercicio virtuoso de la práctica, los externos son alcanzables de otros modos. Los bienes internos de la medicina son la veracidad, la justicia, el coraje, la humildad, la amistad, según los delimita el filósofo MacIntyre en los albores de la bioética, pero independientemente de ella.

Es sólo en la medida en que estamos dispuestos a brindar a los demás una escucha justa, a ser generosos en

nuestra interpretación de lo que dicen, a ser moderados en la expresión de nuestros propios puntos de vista, a arriesgarnos al exponer dichos puntos de vista a la refutación y a ser imaginativamente simpáticos en nuestra apreciación de los puntos de vista opuestos, es que podemos participar constructivamente en tales conversaciones y prácticas²¹.

Más que los bienes internos listados anteriormente, se encuentra aquí la clave de lo que a continuación se propone para una ética médica contemporánea.

CONCLUSIÓN

Más temprano que tarde, la formación del médico tendrá que explorar el trabajo teórico que desde hace algunos lustros se ocupa de las interacciones personales, fragilizadas y erosionadas por la medicalización, la juridificación, y una digitalización que va aceleradamente en vías de transformar a las personas en gavillas de datos, impulsar la tecnociencia a modificar lo natural y espontáneo en un artificio programado, reemplazar las decisiones individuales en algoritmos mecánicos. Todo llama a proteger la relacionalidad de los humanos entre sí, de lo humano con lo otro viviente y con la naturaleza. La ética médica, consciente de su tarea de salvaguardar la esencia interpersonal de la práctica médica, hará bien en recurrir a las corrientes del pensamiento contemporáneo desarrollado tras los trabajos pioneros de la ética dialógica (Buber), la ética del otro (Lévinas) y la ética “con y para el otro” (Ricoeur):

- La ética del reconocimiento (Honneth, Fraser) con sus tres etapas postuladas por Hegel: El nivel interpersonal del amor y la amistad; el nivel de reconocimiento como sujeto de derecho, y el nivel del reconocimiento de la interacción cooperativa y solidaria.
- La ética de la resonancia en que los interlocutores expresan un habla auténtica y comprometida hacia una escucha emotivamente receptiva y participativa, para así enriquecer y dar solidez a la comunicación interpersonal (Rosa).
- La ética de la responsividad según la cual lo expresado conlleva la exigencia de una

19 Cid, C. (2013) ¿Qué sabemos del gasto de bolsillo en medicamentos en Chile? www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp...2013_Camilo-Cid.pdf. Consultado: octubre 12, 2022.

20 Cardoso Pastura, P. S. V., Poirot Land, M. G. (2019). Escritos de Alasdair MacIntyre sobre medicina y ética médica. *Revista Bioética* 27 (4): 621-629. P. 623.

21 MacIntyre A. (2000), citado en op. Cit. p. 626.

reacción o respuesta, tema tratado como interpelación por Enrique Dussel y, recientemente elaborada por Bernardo Waldenfels.

A modo de colofón

El conocido dicho del decimonónico médico José de Letamendi, “Del médico que no sabe más que medicina, ten por cierto que ni medicina sabe”, ha de aplicarse al médico contemporáneo para instarlo a reflexionar y esclarecer lo que es salud, enfermedad, sanación, y las relaciones con investigaciones clínicas y con salud pública, manteniendo en la mira que tanto el ejercicio como la ética de su profesión son contextuales a la sociedad donde ocurren y no deben simplemente incorporarse desde otras culturas foráneas.

Bioética y ética médica tienen mucho en común y han de permanecer entrelazadas, pero no fusionadas. Mientras la bioética ha preferido centrarse en los problemas de la expansión biomédica y de la globalización, se enfoca nuestra ética en la conducta del médico en el ejercicio de su acción de acogida y cuidados, y el recurso criterioso a métodos diagnósticos y opciones terapéuticas, buscando recuperar su identidad frente al despliegue invasivo de la bioética y la despersonalización de la biomedicina. La ética médica ha de surcar sus propias aguas, sin desviarse de su cometido esencial: otorgar una medicina técnicamente óptima y de solvencia ética impecable.

REFERENCIAS

1. Anderson, P. (2018) Doctors' Suicide Rate Highest of Any Profession. WebMD Archives, Mayo 8; Gilbert, J. A. L. (1980) Alcoholic and Drug Addicted Physicians: The Scope of the Problem CAN. FAM.
2. Beauchamp T.L., Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford New York: Oxford University Press.
3. Cardoso Pastura, P. S. V., Poirot Land, M. G. (2019). Escritos de Alasdair MacIntyre sobre medicina y ética médica. *Revista Bioética* 27 (4): 621-629.
4. Cid, C. (2013) ¿Qué sabemos del gasto de bolsillo en medicamentos en Chile? www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013_Camilo-Cid.pdf. Accesado: octubre 12, 2022.
5. Clingerman, F. (2020). Humanity, Relationality and Justice in the

Anthropocene, En Serafimova, S. (ed.): *Dimensions of Intra- and Intergenerational Justice in the Debates About Sustainability*. Sofía: Avangard Prima.

6. D'Agostino, F. (2003). *Bioética. Estudios de filosofía del derecho*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.
7. Del Misser, G. (2020). Overwhelmed by the virus: the issue of extreme triage. *Academy Blog*, <https://www.cssr.news/2020/03/Overwhelmed-by-the-virus-the-issue-of-extreme-triage/>. Accesado 30 Agosto 2022.
8. Habermas, J. (2002). El futuro de la naturaleza humana ¿Hacia una eugenesia liberai? Barcelona, Ediciones Paidós, 2002.
9. Hedgecoe, A. (2004). Critical bioethics: Beyond the social science critique of applied ethics. *Bioethics* 18 (2):120-143.
10. Hottois, G. (1991). *El paradigma bioético*. Barcelona: Editorial Anthropos.
11. Hottois, G. (2001) Bioéthique. En Hottois, G., Missa, J-N.; *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Brusellas; De Boeck & Larcier, pp.124-131
12. Lolas, F. S. (2014). Aspectos de ética clínica. *Acta Bioethica* 820 (1):7-8.
13. MacIntyre A. (2000), citado en *op. Cit.*
14. Miller, F.G., Brody, H. (2003). A critique of clinical equipoise. Therapeutic misconception in the ethics of clinical trials. *Hastings Center Report* 33 (3):19-28.
15. Miller, F.G., Brody, H. (2007). Clinical Equipoise and the Incoherence of Research Ethics, *Journal of Medicine and Philosophy*, 32:2, 151-165.
16. Miller, F.G., Brody, H. (2007). *Op. cit.*
17. Potter, V.R. (1988). *Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy*. East Lansing: Michigan State University Press.
18. Rendtorff, J.D., Kemp, P. (2000). *Basic Ethical Principles in european bioethics and bio-law*. (2 tomos). Copenhagen; Centre for Ethics and Law; Barcelona: Instituto Borja de Bioética.
19. Sebag, V. (2007). *Droit et bioéthique*. Bruselas: Larcier.
20. Universidad de El Bosque, Colombia. Disponible en: <https://observatoriobioetica.unbosque.edu.co/area/bioetica-y-salud>. Accesado 11 de Octubre 2022.