

cursos universitarios

Diego Gracia:

«ETICA Y MEDICINA»

Ofrecer una breve panorámica del estado actual de la ética médica fue el objetivo del ciclo de conferencias que impartió en la Fundación Juan March, del 6 al 15 del pasado febrero, el catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense **Diego Gracia**. Los temas que trató el profesor Gracia en sus intervenciones fueron: «Ética de la relación médico-paciente», «Problemas éticos del origen de la vida», «Problemas éticos del final de la vida» y «La justicia sanitaria».

Ofrecemos un resumen del ciclo.

Todos los problemas éticos de la medicina se pueden situar en una doble coordenada: *vertical*, según las edades de la vida, del nacimiento a la muerte; y *horizontal*, atendiendo a los problemas supraindividuales o colectivos, como son la justicia social y la distribución de recursos limitados. La relación médico-enfermo ha ido variando a lo largo de la historia. Durante muchos siglos ha sido una relación vertical, paternalista y monárquica (el poder estaba en manos del médico). Más moderna es la terminología de relación sanitario-paciente, también vertical y paternalista, pero oligárquica (el poder estaba compartido por un colectivo de personas); y la más usual hoy es la relación usuario-sanitario, que es horizontal (el usuario es el agente, el que solicita por su propia iniciativa el servicio del sanitario).



DIEGO GRACIA es catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense y director del Master de Bioética de la misma Facultad de Medicina. Fue secretario del Instituto Arnau de Vilanova y director del Seminario de Filosofía Xavier Zubiri y vicedecano de la citada Facultad de Medicina. Desde su creación, en 1989, es director de la Fundación Xavier Zubiri. Premio de Humanidades Médicas Tomás M. Rojas, de la Fundación José María Mainetti (1974), es miembro fundador de la Sociedad Española de Historia de la Ciencia. Autor de un *Tratado de Bioética Médica*.

Por el hecho de vivir en sociedad, toda persona ha de aceptar unos *a priori* lingüísticos, lógicos y éticos. El ético es que todos los hombres somos básicamente iguales; somos fines para nosotros mismos y no podemos ser utilizados sólo como medios; y merecemos igual consideración y respeto. De este principio general derivan cuatro

principios éticos llamados de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia. Estos se agrupan de dos en dos, construyendo dos niveles éticos: primero, el nivel de factores «previos» a la REM (no-maleficencia y justicia); y segundo, el nivel de factores «constitutivos» de la REM (autonomía para el enfermo y beneficencia para el médico). Procedimentalmente, el orden es inverso al señalado, de modo que en la REM se actúa: primero, de acuerdo con los principios de autonomía y beneficencia; segundo, con los de no-maleficencia y justicia. Porque hay que poner límites, está el primer nivel: la justicia es el límite de la autonomía; y la no-maleficencia es el límite de la beneficencia.

Problemas éticos del origen de la vida

Veamos ahora cómo a partir de estos principios generales de ética médica se pueden enfocar los problemas relacionados con el origen de la vida. Analicemos la ética sexual, por un lado, y la ética de la reproducción, por otro. La sexualidad no es sólo un fenómeno «biológico», sino también «cultural» y humano. La cultura griega nos enseñó a pensar todo en términos de *physis*, naturaleza, y a valorar lo natural como «ordenado» y «bueno», y lo antinatural como «desordenado» y «malo». El *pathos* es lo contrario a lo «natural», el *ethos*. El primero es desproporción y el segundo es proporción y medida. Por tanto, el uso moderado de la sexualidad es ético, en tanto que los extremos son viciosos. Ello ha dado lugar, a su vez, a toda una ascética y mística del

cuerpo y de la sexualidad —la tesis neoplatónica—, que aceptará también la teología cristiana.

La ética sexual moderna es la liberal rousseauiana. La sexualidad natural es buena y hay que dejar que se desenvuelva naturalmente. La sexualidad es una función natural, como la nutrición. Esta es la actitud hoy más usual de nuestra cultura, a pesar de que el punto de vista ético resulte muy poco consistente.

La ética sexual tiene un primer nivel que viene dado por el binomio autonomía-beneficencia: cada sujeto es el que pondera autónomamente el valor de su vida sexual y actúa conforme a esa ponderación. Pero ya sabemos que ese nivel de autonomía-beneficencia tiene límites que le vienen impuestos por los principios de justicia no-maleficencia.

En la ética de la reproducción las actitudes clásicas de nuestra cultura han sido tres: la actitud clásica, paternalista o *pro-life*; la actitud moderna, autonomista o *pro-choice*; y la actitud de ética racional. El principio ético básico de la postura *pro-life* es que la vida es un valor absoluto, sagrado, que nadie puede violar. Este modelo naturalista niega el nivel II, de autonomía-beneficencia, y absolutiza el nivel I, de no-maleficencia-justicia.

La actitud moderna, autonomista o *pro-choice*, está basada en el concepto de calidad de vida, que es el punto de confluencia de los principios éticos propios del nivel II: autonomía-beneficencia. La ética de cada persona es distinta y cada uno puede decidir sobre su propio cuerpo. Es el argumento de los grupos feministas. Si en la épo-

ca de la dictadura se impuso en España la actitud paternalista y naturalista, hoy, con la democracia, se valora la actitud autonomista, cuya moralidad absolutiza el nivel II de autonomía-beneficencia y niega el nivel I de no-maleficencia-justicia.

Ambas posturas son parciales. La ética parece que debe combinar ambas, y como resultado da una actitud *pro-life*, pero no naturalista, sino racional. El control de la natalidad es hoy una exigencia ética, que debe realizarse en el contexto general de respeto por la vida. Los métodos que impiden la fecundación son de dos tipos: unos «naturales», otros químicos o mecánicos. A estos segundos se oponen hoy la Iglesia Católica y muchos grupos ecologistas y naturistas.

El caso del aborto es una «excepción» mayor al principio de inviolabilidad de la vida humana que la contracepción. Nuestra gran tragedia es la poquísima consistencia ética de las posiciones que mantienen los grupos más beligerantes en el tema. Veamos la postura racional: la defensa de la vida como principio, siguiendo los de justicia y no-maleficencia. ¿Hay excepciones a ese principio? Siempre ha habido algunas; por ejemplo en el caso de desproporción cefalopélvica con feto encajado o de embarazo ectópico. Pero esas excepciones nunca serán un bien, sino sólo un mal menor. Las excepciones deben ser siempre, como tales excepciones, las mínimas posibles. De ahí que el aborto no se pueda legalizar, sino sólo «despenalizar», y que además deba haber siempre un control judicial sobre su práctica.

Así pues, cabe concluir que el

aborto es una excepción éticamente posible y a veces éticamente necesaria, pero no puede justificarse éticamente más que de acuerdo con la doctrina del mal menor. Las indicaciones médicas de peligro de la vida de la madre o los casos de violación, o las eugenésicas, plantean problemas sobre qué hacer. Creo que los principios de no-maleficencia y justicia no pueden llevar a prohibir el aborto, sino a promover desde el Estado, desde la sociedad, etc., instituciones de ayuda a las personas que vivan este problema. La falta de «ofertas» de justicia social, educación, apoyo psicológico y humano, etcétera, constituyen la gran hipocresía de nuestra sociedad ante el aborto.

Problemas éticos del final de la vida

Una de las razones fundamentales, si no la principal, de la actual preocupación por la ética médica la constituye la creciente medicalización de la muerte y de la fase terminal de la vida de las personas. Este es un fenómeno nuevo. Tradicionalmente el médico pasaba a un discreto segundo lugar cuando veía la muerte próxima y dejaba la delantera al notario y al sacerdote. En nuestros días la medicina se ha hecho con el monopolio de la muerte. El problema de actual debate público está en saber lo que el médico «debe» y «no debe» hacer en tales situaciones. ¿Ha de prolongar la vida a toda costa? Y si no es así, ¿cuándo?, ¿cómo?

A partir del siglo XIX y sobre todo del XX, comienza la

marginación sistemática del anciano: laboral, con la jubilación; familiar, con el abandono de la familia; social (la «tercera edad»); y biológica (la enfermedad).

La muerte biológica se ve como el término de muertes sucesivas. La «calidad de vida» del anciano ha disminuido sensiblemente. Es sabido que la esperanza media de vida de nuestras sociedades se ha duplicado desde que comenzó nuestro siglo. En 1900 la mitad de la población moría antes de los 40 años, y en 1990 se muere a los 80. Hoy hay muchos más ancianos que en ninguna otra época de la historia. De ser marginal, el anciano está en trance de convertirse en la especie más común de ciudadano.

El debate de la eutanasia

Pero nuestro siglo no sólo ha prolongado la vida, sino también la muerte. Este es un fenómeno reciente, de los últimos 25 años, resultado de la introducción de las nuevas tecnologías: la reanimación, la respiración asistida, la diálisis renal, las técnicas de soporte vital, las UCIs, los trasplantes de órganos, etc. Todo ello ha hecho que se disparen los problemas éticos de la asistencia a los enfermos que están en la fase final de su vida; y así se ha disparado, por otro lado, el debate de la eutanasia.

Hay que hacer una selección en la asistencia médica siempre que la demanda de servicios sanitarios sea mayor que la oferta, como sucede continuamente en los servicios de urgencia, en las UCIs y en los equipos de trasplante de órganos. Se establecen criterios de ordena-

ción o catalogación de pacientes graves.

Las nuevas tecnologías, decíamos, han permitido prolongar la muerte haciendo a ésta más cara e inhumana para el enfermo. El problema moral que plantean documentos como los testamentos vitales, las directrices previas, poderes que se dan al juez con relación a la renuncia y oposición a tratamiento médico en casos terminales, es el de si la voluntad de esos pacientes puede ser respetada cuando éstos rechazan terapéuticas que la medicina considera indispensables para el mantenimiento de la vida. A mi modo de ver, la respuesta no puede ser más que afirmativa, pero siempre que se cumplan dos condiciones: adecuada capacidad o competencia, y no-discriminación o justicia. Si hay discriminaciones, deben hacerse conformes al criterio MAXIMIN, que maximiza el beneficio de los menos favorecidos.

Por eutanasia en sentido estricto debe entenderse el hecho de que una persona A ponga fin activa y voluntariamente a la vida de otra, B, buscando el beneficio de ésta y no el suyo propio. Este carácter *activo* la hace especialmente desazonante desde el punto de vista moral.

El problema ético de la eutanasia es sobre todo el que se plantea cuando el enfermo no pide que se le deje morir, sino que se le mate; lo que pide es un «suicidio asistido». ¿Se le puede hacer caso? El problema de la eutanasia es saber si la ayuda al suicidio es siempre un acto de «maleficencia» o, por el hecho de contar con la voluntad del paciente, pasa a ser un acto de «beneficencia»; la cuestión es compleja. Por principio, parece que el Estado tiene que

proteger la vida y que la legalización de la ayuda al suicidio abre una vía peligrosísima de presión psicológica sobre la voluntad de muchas personas que, por su propia situación vital comprometida, son enormemente influenciables y hasta coaccionables. Esto explica, pienso yo, que ningún país se haya atrevido a legalizar la ayuda al suicidio ni, por tanto, la eutanasia.

Pero también es verdad que nuestra sociedad, que trata muy injustamente a los ancianos, los coloca a veces en situaciones que algunos vivencian como peores que la muerte. La solución no creo que esté tanto en *prohibir* la eutanasia activa cuanto en promover la ayuda al anciano. Esta promoción es la única que puede hacer que la eutanasia acabe siendo superflua. Mientras nos tendremos que conformar con soluciones de compromiso, no basadas en la idea de «bien», sino en la de «mal menor». En ellas, como es obvio, no hay lugar para la «buena conciencia».

La justicia sanitaria

Los dos problemas supraindividuales o estructurales más importantes de la ética médica son la justicia sanitaria y la distribución de recursos escasos. Este eje espacial es relativamente nuevo en la reflexión ético-médica. Únicamente en los últimos dos siglos, y sobre todo en los últimos cincuenta años, la salud ha dejado de ser una cuestión privada para convertirse en problema público, político, social, estructural. Por eso, los términos salud y política, en principio ajenos entre sí, han llegado

a unirse indisolublemente en la expresión «política sanitaria».

La justicia sanitaria es uno de los capítulos más vivos y polémicos de la bioética actual. ¿Cuándo debe considerarse justo o injusto un servicio de salud? ¿Cómo proceder cuando los recursos disponibles son menores que los teóricamente necesarios? He aquí algunas de las preguntas que se hacen a diario los políticos, los administradores sanitarios y el público en general. A mi modo de ver, toda respuesta que tenga en cuenta la enorme complejidad del tema habrá de desarrollarse por fuerza en dos niveles distintos que llamaré, respectivamente, deontológico o de los principios y teleológico o de las consecuencias. Una teoría coherente de la justicia es imposible sin cualquiera de ellos.

En la concepción clásica y antigua de la justicia es el médico quien encarnaba el bien común, en tanto que el enfermo buscaba un bien particular, la salud. Pero el enfermo no podía lograr ésta más que en el orden representado por el médico. Por eso, la única virtud que debía exigirse al enfermo era la obediencia. Entre el enfermo y el médico, como entre el feligrés y el sacerdote o entre el súbdito y el soberano, no cabía la justicia conmutativa. A lo largo de la Antigüedad y de la Edad Media funcionó en medicina la teoría de la justicia como ajustamiento al orden proporcional de la naturaleza. La politología moderna convierte al hombre en la única fuente exclusiva de derecho.

Para el liberalismo, el mercado sanitario ha de regirse, como los demás mercados, por las leyes del libre comercio, sin intervención de terceros ni la mediación del Estado. Para el

pensamiento socialista, por el contrario, la justicia se identifica con la promoción por el Estado del bienestar colectivo. El socialismo democrático es un sistema mixto, mezcla de democracia liberal y Estado social. Si el liberalismo descubrió el derecho a la salud, el socialismo hizo posible el derecho a la asistencia sanitaria. El primero es un derecho negativo, ya que es previo al contrato social y el Estado lo único que puede hacer es protegerlo. Por el contrario, el segundo es positivo y el Estado tiene que llenarlo de contenido. Así se concibe la asistencia sanitaria como un derecho exigible en justicia. La salud ya no puede seguir siendo un mero problema privado, sino que pasa a ser cuestión pública, política.

Desde el nivel teleológico, el tema de la asignación de recursos escasos es un aspecto ético de la justicia de suma importancia. Surgen inmediatamente ciertas preguntas: ¿Puede permitirse que otros servicios sociales y públicos queden infradotados por atender a las demandas sanitarias? Todo gasto en salud, ¿está éticamente justificado y es exigible en justicia? ¿Cuáles son los límites de exigencia en la asistencia sanitaria?

Explosión de los costos sanitarios

Si la naturaleza, según Darwin, selecciona a los más aptos y condena a muerte a los débiles e inadaptados, la medicina actúa exactamente en sentido contrario. Esto hace que el número de enfermos crónicos irrecuperables sea cada vez mayor, lo que ha contribuido sustancialmente a la explosión de los costos. ¿Hay obligación de atender con todos los recursos a

todos esos enfermos? ¿Hasta dónde deben ser tratados?

Para los economistas y administradores sanitarios, la explosión de costos sólo puede pararse mediante la contención de los mismos y ésta ha de hacerse de acuerdo con los criterios de la racionalidad económica; lo cual significa que la justicia distributiva debe regirse siempre por la relación costo-beneficio. Lo justo se identifica con lo económicamente óptimo. Así, por ejemplo, la educación o la política de vivienda pueden presentar una relación costo-beneficio superior, en cuyo caso lo justo es invertir en estos campos. Además, dentro del ámbito sanitario, los limitados recursos con que se cuenta deben destinarse a las actividades que con un menor costo produzcan un mayor beneficio en salud. Así se explica la importancia que hoy tienen los estudios bioéticos sobre lo que ha dado en llamarse contención de costos y distribución de recursos escasos. Ahora bien, la política sanitaria, ¿debe regirse única y exclusivamente por criterios de utilidad económica? ¿Debe basarse únicamente en las consecuencias o éstas deben complementar a los principios?

La conclusión última sería que en la dialéctica obligada entre principios y consecuencias, éstas son poco atendidas en la teoría y aquéllos continúan siendo subestimados en la práctica. Dicho de otra manera: en los temas relacionados con la justicia distributiva sanitaria, la ética parece haber desatendido a la economía y la política, y éstas, por su parte, han decidido prescindir de aquélla, cuando no suplantarla. Lo cual ya es, en mi opinión, una grave forma de injusticia. •