

La ética médica y la buena atención médica: la ideología del individualismo *

Len Doyal **

Todos los participantes de esta conferencia conocen las formas a través de las cuales la medicina clínica ha dominado la comprensión popular de las cuestiones referidas a la salud y la enfermedad. El público en general considera que una atención médica exitosa y la disponibilidad de tecnología biomédica significan lo mismo. Aquellos que piensan de esta manera argumentan que deberían asignarse más recursos a la medicina clínica que a la medicina social, y que lo contrario constituye una violación de la ética. En este aspecto, la medicina clínica y el modelo biomédico han tenido éxito en el control del debate moral sobre prevención versus cura y en el debate sobre la asignación de los recursos financieros en los sectores de atención médica. Los miembros de este Congreso seguramente condenarán la forma en que tales argumentos desvían la atención de las más importantes cuestiones políticas y económicas relacionadas con la pésima salud en todo el mundo.

Sin embargo, no es solamente la tecnología de la medicina curativa la que ha influenciado nuestra comprensión de la conformación de una atención médica moralmente aceptable. Cuestiones relacionadas con la profesión médica —relativas a cómo se la practica por parte de los profesionales— también han dominado el debate sobre lo que es y lo que no es medicina ética. Se trata de cuestiones tales como: ¿cuáles son las obligaciones morales que los médicos tienen para con sus pacientes? ¿reciben los pacientes el respeto que merecen como seres humanos? ¿están siendo debidamente respetados los derechos básicos del ser humano por parte de los profesionales a cargo de la atención médica?

Ha surgido una nueva disciplina académica que intenta dar una respuesta a estas preguntas. Este área de estudio ha sido llamada de «ética médica». Sus proponentes evalúan lo que ellos consideran buena y mala práctica moral dentro de la medi-

na clínica. Algunos países tienen actualmente departamentos académicos de ética médica y centros de debate e investigación sobre cuestiones que comprometen la ética médica. De este modo, el debate sobre lo que es y lo que no es ético en la medicina moderna tiende en general a identificarse con problemas surgidos a partir de este nuevo tipo de especialista académico.

También yo formo parte de este cuadro. Enseñé ética médica en dos escuelas de medicina de Londres. Sin embargo, también me ocupé y tengo mucho escrito sobre la política de liberación humana. En esta misma charla argumentaré que la práctica ortodoxa de la ética médica no es consistente con la política de liberación y con las suposiciones básicas de los enfoques progresistas de la medicina social. La ética médica es ideológica en el sentido clásico marxista de la palabra —ella representa un cierto tipo de peligrosa falsa conciencia—. ¿Por qué esto?

LA ÉTICA MÉDICA Y LA AUTONOMÍA INDIVIDUAL: UNA CONSTRUCCIÓN IDEOLÓGICA

La mayor parte de la literatura de ética médica favorece o presupone la observación de dos principios básicos. En primer lugar, los médicos tienen el deber de proteger la vida y la salud de los pacientes dentro de un estándar profesional. Segundo, los médicos tienen un deber mayor de respetar lo que se llama la «autonomía» de sus pacientes —el derecho del paciente a decidir qué hacer con su cuerpo—. Esto significa que el médico tiene el deber de obtener el consentimiento consciente de su paciente en relación al tratamiento propuesto. Los pacientes tienen el derecho de aceptar o rehusar tratamientos después de recibir información sobre posibles efectos colaterales. Por lo tanto, a partir de esta visión, la medicina ética queda reducida a prácticas clínicas que deben respetar el derecho de pacientes compe-

* Traducido de *Saúde em Debate* 42: 76-79, marzo de 1994. Ponencia presentada en el 8º Congreso Mundial de Medicina Social, Guadalajara, México, 20/23 de marzo de 1994.

** Profesor de Ética Médica. Escuela Médica del Hospital Universitario St. Bartholomew, Universidad de Londres.

tentes a planear sus vidas como ellos —y no sus médicos— quieran.

De acuerdo con los mismos argumentos, solamente los pacientes competentes pueden tener el derecho a la autodeterminación. Si la autonomía del individuo fuera perjudicada —por ejemplo, por un problema mental o enfermedad psiquiátrica— éste pierde entonces su derecho de decisión.

Consiguientemente, la teoría y la práctica de la ética médica dividen a los pacientes en dos categorías morales: el competente y el incompetente, el racional y el irracional. El primero debe ser capaz de dar su consentimiento consciente mientras el segundo no consigue hacerlo. Así, mientras el profesional brinde información adecuada sobre el tratamiento para el paciente considerado competente o racional, habrá cumplido sus obligaciones morales para con ese paciente.

ÉTICA MÉDICA E IDEOLOGÍA: APARIENCIA Y REALIDAD

La dificultad que plantean estas ideas acerca de derechos del paciente y deberes del profesional médico radica en la confusión entre lo que es realidad y lo que es sólo apariencia. Que el individuo sea en principio competente para dar su consentimiento en cuanto al tratamiento médico no significa que sea igualmente competente para hacerlo en la práctica. Sugerir lo contrario crea una ilusión de igualdad moral entre pacientes que por razones sociales y económicas son muy diferentes. Esta ilusión proporciona una justificación para no tomar realmente en serio los derechos de los pacientes en desventaja.

Para entender lo que quiero decir, vamos a retomar el concepto de autonomía. ¿En qué sentido es verdad que todas las personas competentes tienen el mismo nivel de autonomía —el mismo nivel de lo que se puede llamar «autonomía de libre acción»?—? Individuos con este tipo de autonomía pueden consistentemente formular objetivos que quieran alcanzar y establecer creencias en torno a su búsqueda. La autonomía de la libre acción no depende del éxito de las acciones basadas en tales objetivos y creencias. Pero si los individuos son autónomos en este sentido sus acciones serán vistas como resultado de sus elecciones y las razones que tuvieron para hacerlas.

El problema con este modo de ver la autonomía es que todas las personas son autónomas en este sentido, siempre que no hayan sido deliberadamente engañadas o conducidas a hacer algo que no querían hacer. El problema moral en el razonamiento de autonomía individual radica en que es excesivamente general y abstracto. Por ejemplo, el trabajador más oprimido tiene autonomía de libre acción —es capaz de formular razones para las cosas que hace, no obstante sus oportunidades limitadas en todos los aspectos—.

Para entender esto podemos suponer que tal trabajador debe realizar tareas riesgosas y establecidas por su empleador y tiene como alternativa perder

su empleo en caso de no cumplirlas. Este ejemplo sería suficiente para que el empleador fuera visto como aquél que respeta la autonomía de libre acción de sus trabajadores e ilustra bien la razón por la cual debemos ser cuidadosos en cuanto al lenguaje de la autodeterminación. Formalmente, el trabajador tiene la alternativa de abandonar el empleo, incluso aunque esto pueda significarle «pasar hambre». En resumen, cualquiera sea la elección, no tiene el control del medio social a partir de cual tales elecciones son hechas. Claramente, aquéllos que creen en el potencial de la liberación humana deben encontrar medios de respeto a la autonomía mejores que éste.

El mismo argumento se aplica a la doctrina moral del consentimiento dentro de la medicina. Supongamos que la doctrina sólo signifique que todos los pacientes tengan el derecho formal de aceptar o rechazar los tratamientos propuestos sobre la base de la información que se les suministra. Si este fuera el caso, al igual que en el ejemplo del trabajador, la autonomía de libre acción de los pacientes es respetada solamente en la medida en que se respete su capacidad de hacer elecciones. Esto sin embargo se limitará a determinados tipos de elección.

Si los pacientes están demasiado enfermos o debilitados para tomar una decisión ponderada, no tiene importancia. Si no han ido a la escuela o tienen dificultades para comprender la información sobre el tratamiento, no tiene importancia. Si su médico no posee la habilidad necesaria para una buena comunicación y por lo tanto es incapaz de explicarse en forma eficaz, tampoco tiene importancia. En todas estas situaciones, las elecciones que realizan los pacientes —no importa en qué condiciones de comunicación— también son elecciones libremente realizadas. Nadie elige en su lugar. El argumento es que podrían haber rehusado y sus derechos iguales de elección para el control de su destino médico fueron respetados hasta ese punto. Nuevamente, debe haber más respeto por el derecho de autodeterminación que lo que esto supone.

¿Por qué alguien querría pensar en la autonomía de los pacientes y su derecho a consentir en términos tan estrechos? La razón se relaciona con la motivación política para el surgimiento de la doctrina del consentimiento dentro de la práctica médica. Esta fue básicamente legal —mantener a los médicos lejos de procesos jurídicos iniciados por pacientes decepcionados con el tratamiento recibido—. La idea era que los pacientes tendrían más dificultad de argumentar sobre sus casos si se demostrara que habían aceptado el tratamiento a partir de la información recibida. En otras palabras, la doctrina del consentimiento tal como ha sido practicada en medicina, ha tenido siempre más relación con la documentación de una elección formal que con la facilitación de una elección consciente.

EL DERECHO DE AUTONOMÍA CRÍTICA

En la literatura de la ética médica, este hecho resulta oscurecido por la confusión acerca del concepto de

autonomía. Además de la autonomía de libre acción, hay una concepción más rica de autonomía que también debe ser respetada si el consentimiento es realmente «consciente». Por mi parte, llamo «autonomía crítica» a este concepto más riguroso de autodeterminación. Esto significa que el derecho de los individuos no es sólo el de hacer sus elecciones a partir de limitaciones impuestas por el ambiente social. Individuos críticamente autónomos deben también ser capaces de cuestionar y de hecho rechazar estas limitaciones e intentar formular nuevas opciones para sí mismos.

De esta forma, en la vida común, hemos visto que los trabajadores pueden ser capaces de ejercer su autonomía de libre acción sin estar necesariamente en condiciones de desafiar las fuerzas sociales que los oprimen. En la medida en que estos trabajadores tengan autonomía crítica serán capaces de enfrentar los desafíos. Lo mismo se aplica a los pacientes que debido a la falta de autonomía crítica no consiguen tener la habilidad de entablar un diálogo verdaderamente crítico con sus médicos respecto de los tratamientos propuestos y las causas de sus enfermedades.

Por consiguiente, ¿cómo puede ser promovida la autonomía crítica de los individuos? Se plantea aquí la necesidad de examinar las condiciones necesarias para la autonomía crítica. Hay tres. Primero, personas autónomamente críticas poseen de manera formal o informal un nivel de instrucción elevado. Su educación les permite seguir y cuestionar las reglas y el poder de las relaciones en el ambiente social. Segundo, aquellos que son críticos autónomos tienen la confianza emocional para desafiar la autoridad si así lo deciden. Como sabemos, para desafiar una autoridad es necesario una gran Histamina emocional que es característica de los valientes. Y tercero, la autonomía crítica dependerá de las oportunidades sociales disponibles para desafiar las formaciones sociales dominantes. Sin la oportunidad de practicar la crítica dentro de la vida pública y privada, la posesión de la capacidad personal para hacerlo será de poca utilidad.

La historia de la lucha socialista es un testimonio del alcance de la autonomía crítica de este tipo. El potencial humano para el florecimiento intelectual y emocional que acompaña el dominio de la autonomía crítica es puesto de relieve por innumerables hechos históricos de la política de liberación que celebramos en esta conferencia. Por lo tanto, a menos que los individuos tengan derecho a tanta autonomía crítica como sean capaces de alcanzar, el lenguaje de los derechos individuales se presenta sólo como retórica ideológica. Esto se debe al planteamiento formal de los derechos individuales, que sin autonomía crítica significará que los individuos no sean capaces de actuar efectivamente sobre estos derechos en su vida diaria.

LA MEDICINA Y LA AUTONOMÍA CRÍTICA

Estas mismas ideas pueden ser aplicadas a la relación profesional entre médico y paciente. Si los médi-

cos deben hacer algo más que demostrar simplemente que respetan la autonomía de sus pacientes, la realidad de ese respeto no debe reducirse a las formas legales para la obtención de consentimiento para el tratamiento. Existirá la posterior obligación de crear autonomía crítica en sus pacientes —para educarlos efectivamente sobre sus enfermedades y tratamientos y ofrecer alternativas reales sobre ambos—.

Tal educación incluirá el descubrimiento de medios prácticos para asegurar que los pacientes realmente entiendan la información que se les suministra. También deben los médicos desarrollar estrategias más eficaces para proporcionar información y recibir entrenamiento profesional en comunicación. Finalmente, dado el *stress* y la ansiedad que una enfermedad puede causar, los médicos deberían ser entrenados en las habilidades necesarias para proporcionar el apoyo emocional que los pacientes exigen para la optimización de su comprensión y elección.

Ciertamente todo esto parece obvio. ¿Por qué, entonces, hay tanta resistencia a insertar estas consideraciones seriamente en el interior de la práctica médica? Nuevamente, las razones son ideológicas. Respetar el derecho de los pacientes a la autonomía crítica demanda el reconocimiento y la acción sobre diferencias sociales muy grandes que dividen a los pacientes. Como sabemos, las demandas educacionales y emocionales de los pacientes difieren mucho en el interior de las clases sociales. De esta forma, los pacientes de clase trabajadora no sólo están sujetos a más enfermedades físicas, también tienen menos formación escolar y no tienen tanta confianza ante la autoridad médica como los pacientes de clase media.

Ya que la medicina clínica ortodoxa es incapaz de explicar las causas sociales de la enfermedad, es sorprendente que sea del mismo modo incapaz de entender los bajos niveles de autonomía crítica que la pobreza produce. Es más fácil para los médicos ignorar estas desigualdades sociales porque nada relativo al modelo de medicina que ellos estudian o practican los capacita para lidiar con la cuestión.

Debido a su reduccionismo biológico y su individualismo político, la práctica de la mayor parte de la medicina es ciega en relación a las fuerzas políticas y clínicas que modelan la individualidad de los pacientes, como sucede con las mismas fuerzas que modelan los patrones de enfermedad.

CONCLUSIÓN

Para concluir, quisiera hacer dos observaciones. Primero, hemos visto por qué la ética médica ortodoxa es moral y políticamente reaccionaria. Ella no toma en serio los derechos de los pacientes. Para hacerlo es necesario una teoría coherente de las implicaciones de la desigualdad social en relación a la práctica de la medicina clínica y el desarrollo de estrategias entre aquellos que trabajan en medicina clínica a fin de que luchen contra esta desigualdad. El concepto de paciente que posee el derecho formal de

consentimiento es insuficiente como fundamento moral para la medicina clínica. Este derecho se reduce a la apariencia de una elección consciente más que a su realidad. Dar a los pacientes una elección consciente real exigirá cambios políticos drásticos tanto dentro como fuera de la práctica médica. Los futuros médicos deberían ser entrenados para comprender estos cambios y estimulados para apoyarlos.

Segundo, algunos de uds. pueden estar pensando: «De acuerdo, pero, ¿por qué este énfasis en ética dentro de la medicina clínica?. Si Ud. quiere discutir ética médica, ¿por qué no enfocar los peligros

derivados del desequilibrio de recursos entre ésta y la medicina social?». La respuesta para esta pregunta es simple. La moral de una sociedad puede ser medida por la manera como trata a sus miembros más vulnerables. Si no entendemos lo que significa tomar en serio los derechos del enfermo entonces será probable que hagamos lo mismo con aquellos que no tienen capacidad o fuerza para defenderse. Esto se llama buena política y buena medicina social. Es también lo que se debería llamar buena medicina clínica y buena ética médica.