



Licenciado sob uma licença Creative Commons
ISSN 2175-6058
DOI: <https://doi.org/10.18759/rdgf.v25i1.2479>

BIOÉTICA Y MEDICINA EN LA SOCIEDAD TECNOLÓGICA

BIOÉTICA Y MEDICINA EN LA SOCIEDAD TECNOLÓGICA

BIOETHICS AND MEDICINE IN THE TECHNOLOGICAL SOCIETY

Alberto Paulo Neto
Anor Sganzerla
José Eduardo de Siqueira
Eduardo Díaz Amado

RESUMO

A história da medicina como ciência é marcada pelo processo de racionalização de seus pressupostos e procedimentos terapêuticos. A arte médica adotou o paradigma da cientificidade em sua forma de estabelecer a relação médico-paciente. Houve uma mudança nessa relação que se tornou mais objetiva e fundada em dados estatísticos, a medicina baseada em evidências. A capacidade de escutar e olhar para a pessoa enferma foi reduzida pelo pujante compromisso com o resultado e a eficiência do procedimento terapêutico. Esse artigo tem o propósito de questionar, a partir dos referenciais teóricos da Bioética, essa apodítica obrigação de curar em todas as circunstâncias.

Palavras-chave: Bioética. Medicina. Sociedade tecnológica.

ABSTRACT

The history of medicine as a science is marked by the rationalization process of its assumptions and therapeutic procedures. Medical art adopted the paradigm of scientificity in its way of establishing the doctor-patient relationship. There was a change in this relationship, which became more objective and based on statistical data, and evidence-based medicine. The ability to listen and look at the sick person was reduced by the strong commitment to the result and efficiency of the therapeutic procedure. This article has the purpose of questioning, based on the theoretical references of Bioethics, this apodictic obligation to cure in all circumstances.

Keywords: Bioethics. Medicine. Technological society.

RESUMEN

La historia de la medicina como ciencia está marcada por el proceso de racionalización de sus supuestos y procedimientos terapéuticos. El arte médico adoptó el paradigma de la cientificidad en su forma de establecer la relación médico-paciente. Hubo un cambio en esta relación, que pasó a ser más objetiva y basada en datos estadísticos, medicina basada en la evidencia. La capacidad de escuchar y mirar al enfermo se vio reducida por el fuerte compromiso con el resultado y la eficacia del procedimiento terapéutico. Este artículo tiene como propósito cuestionar, a partir de los referentes teóricos de la Bioética, esa obligación apodíctica de curar en todas las circunstancias.

Palabras claves: Bioética. Medicina. Sociedad tecnológica.

INTRODUCCIÓN

Es la Medicina la más noble entré todas las artes; mas, por la ignorancia de quienes la ejercen y de los que juzgan de ella con ligereza, ha venido a ser colocada en el postrer lugar (Hipócrates, 2017, p. 5).

La modernización de la atención a la salud representa el período de adopción de la ciencia experimental y de laboratorio como herramientas

para la toma de decisiones y elección de procedimientos en la práctica clínica. Las diferentes áreas del conocimiento, en la época moderna, se reestructuraron desde la perspectiva científica y racionalizada de la comprensión del mundo y su interacción con la vida humana. La medicina como conocimiento técnico y saber vivido (arte médico) pasó por el proceso de validación de sus afirmaciones y supuestos con base en criterios rigurosos y científicos. El campo de acción y control de la vida por parte del profesional médico se ha ampliado con el desarrollo científico-tecnológico. La medicina como ciencia dejó de ser una práctica basada en la intuición médica, como se practicaba en la época hipocrática, para ser una acción racionalmente orientada a partir de su institucionalización. Se ha vuelto más asertivo y eficiente en su capacidad de brindar bienestar y calidad de vida a los pacientes a través del uso de nuevos medicamentos y tecnologías. Sin embargo, el profesional de la salud se alejó de los elementos subjetivos e intuitivos de la atención médica para adoptar la estandarización científico-institucional de la atención en salud (Bynum, 2011; Porter, 2008).

En el siglo XX, algunos experimentos médicos revelaron su rostro perverso y deshumanizante. Eran el resultado de una práctica médico-científica arraigada en sesgos político-ideológicos y carente de valores éticos. Este contexto político-social propició el surgimiento de la bioética como área interdisciplinaria del saber. La bioética demostró ser la respuesta al desarrollo científico-tecnológico sin escrúpulos ya las desviaciones éticas de la biomedicina. Esta nueva área de conocimiento enfatizó la preocupación por el respeto a la persona humana y el cuidado de la vida terrestre (Lynch, 2019).

Al mismo tiempo que asumió un rol de denuncia, la bioética también pasó a ejercer el rol de mediadora entre el conocimiento científico y los valores humanos. En este sentido, se rebela contra el reduccionismo técnico-científico y propone una visión ampliada de las relaciones humanas y su entorno. Según Potter (2016; 2018), la bioética pretende superar las barreras disciplinarias y la especialización del conocimiento científico para promover una perspectiva integral sobre el ser humano y su responsabilidad con el medio ambiente.

En el campo de la salud, la bioética, propuesta por Potter, anhela el equilibrio en el cuidado de los sujetos y del medio ambiente. La práctica médica debe guiarse por los principios éticos de protección de la dignidad de la vida humana sin ser una forma temeraria de futilidad terapéutica o prolongación indiscriminada de la vida.

Hasta hace poco tiempo, era deber de los médicos considerar que toda vida, por mucho que sufriera, o por corta que pudiera alargarse, o a qué precio, es preferible a la muerte. Los profesionales médicos, individual o colectivamente, no buscaron juzgar las consecuencias de su mayor poder para ayudar a las personas. Por otro lado, la palabra “dilema” apareció por doquier en las discusiones sobre los problemas que plantean las nuevas tecnologías (Potter, 2018, p. 122-123).

Ante este contexto de desarrollo tecnológico y mayor control sobre la vida humana, Potter considera que los profesionales médicos deben actuar con base en las virtudes de la prudencia, la humildad y la responsabilidad para cuidar de la persona humana y su bienestar. En palabras de Potter: “Necesitan reflexionar sobre la práctica de la medicina y ser capaces de desarrollar lineamientos que puedan conducir a la salud y al bienestar social, además del individual” (Potter, 2018, p. 123). La comprensión bioética afirma el reflejo del cuidado de la salud a través del análisis de las cuestiones sociales e individuales en forma conjunta y con el objetivo de garantizar una vida digna al paciente. Potter, en su Credo Bioético, considera que se debe valorar la singularidad de la vida humana y cuidar el sufrimiento humano para eliminar los tratos injustificables (Potter, 2018). Además, la perspectiva bioética de Potter entiende el significado de la salud humana de una manera colectiva-holística. La salud no se refiere sólo al bienestar del individuo, debe ser entendida en su aspecto interrelacional e integrada con la salud planetaria.

En este sentido, la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, en los artículos 14 y 15, (Unesco, 2005) afirma que la atención de la salud constituye un bien social. Los ciudadanos y el Estado tienen la responsabilidad de facilitar el acceso a este derecho humano y fundamental con calidad y de promover una sociedad más justa desde el punto de vista social.

La bioética, en cuanto mediadora entre humanidades y tecnología, en el campo biomédico, puede ser un camino para tomar mejores decisiones con los pacientes, esto no se refiere únicamente a decisiones éticas, sino a una comprensión distinta de lo que es la naturaleza de la medicina, en tanto arte. Los referentes bioéticos colaboran para comprender y vivenciar mejor los límites de la medicina y potenciar la comprensión de un cuidado integrado de la salud.

La sociedad tecnológica se ha desarrollado a través de la sumisión de la naturaleza humana y el medio ambiente a la tecnología. Según Jonas (2011) es necesario desarrollar una perspectiva ética que imponga límites a la acción humana y propicia el nacimiento de una ética de la responsabilidad. Esta ética de la responsabilidad sería sobria y prudente en relación con el uso de los mecanismos tecnológicos en las relaciones humanas y su aplicación al medio ambiente. En medicina, Jonas considera que el profesional médico está bajo el estigma de mejorar las capacidades humanas y curar sus enfermedades: “Curar, es decir, mejorar al Paciente, es su profesión, y por tanto también la mejora de la capacidad de curar es parte de tu obligación” (Jonas, 1997, p. 88). Por tanto, Jonas cuestiona el impulso al progreso de la medicina cuando tiene la posibilidad de erosionar los valores morales. El progreso técnico-científico debe ocurrir con cautela, con la promoción de la dignidad humana basada en la conciencia de los límites morales de la acción humana.

Este estudio reflexivo se sitúa en el umbral entre la bioética de frontera y la bioética cotidiana, nombrado por Giovanni Berlinguer (2002) y seguido por Maurizio Mori (2017), al referirse a los temas de frontera de la naturaleza humana frente al poder biotecnológico y los temas de la injusticia social y el acceso a los derechos básicos. Esta reflexión bioética analiza las transformaciones sociales y tecnológicas en el cuidado de la salud por parte de los profesionales médicos y la propuesta de ejercer el arte médico de acuerdo con los principios bioéticos de respeto a la dignidad y calidad de vida humana.

LA MEDICINA EN TIEMPOS DE CONTROL TECNOLÓGICO DE LA VIDA

Critón, le debemos un gallo a Asclepio; no te olvides de pagar esa deuda (Sócrates apud Platón, 1972, p. 132).

La toma de decisiones concretas nunca puede ser estrictamente científica, pero sí debe hacerse técnica y prudentemente (Gracia, 2001a, p. 13).

La conocida última petición de Sócrates revela el enigmático dilema de la vida, vivir bien y morir bien, cuando se tiene como objetivo vivir sabiamente. La petición de Sócrates de rendir homenaje al dios griego de la medicina tuvo una dudosa comprensión a lo largo de la historia, ya sea como la negación de la vida, el vivir entendido como enfermedad y su liberación con la muerte, por ejemplo en *La Gaya ciencia* de Nietzsche (2012), o como una forma de sacrificio y redención de una vida sabia y auténtica, por ejemplo, en Foucault (2014). El sentido de la vida entre sus bendiciones, sabiduría y salud, y sus males, enfermedad y muerte, lleva a pensar la existencia humana y el uso que hacemos de los medios necesarios para su conservación y bienestar. El mensaje a Asclepio, dios de la medicina, recuerda la importancia del arte médico desde los albores de la humanidad como forma de garantizar el buen vivir, ya sea en su vertiente ritual-religiosa y/o en su práctica de promoción de la salud. El desarrollo del arte médico como ciencia lo convirtió en el centro de las relaciones humanas y vinculó nuestra comprensión del bienestar y la calidad de vida a las determinaciones de la medicina.

En su artículo *Las enfermedades*, Georges Canguilhem (2005) analiza el proceso de transformación sociohistórica de la medicina en conocimiento científico. Como sabemos, en la antigüedad griega, el arte médico se concebía como una actividad religiosa llevada a cabo por sacerdotes. En la tradición judía, la enfermedad se consideraba un castigo divino. En la antigua Grecia, el proceso de racionalización de la medicina

se inició en la época hipocrática y se empezó a entender la enfermedad como un trastorno corporal.

La medicina moderna se fundamenta en principios racionales y científicos que analizan la enfermedad en su aspecto biopatológico. Este modelo disocia el tratamiento de la enfermedad y del enfermo. El escrutinio médico se basa en una investigación razonada de los síntomas y el curso clínico de la enfermedad del paciente.

El razonamiento médico se basa en el análisis preciso de la evidencia que sustenta la elección del tratamiento terapéutico. En otras palabras, el desarrollo de la medicina moderna se caracterizó por la efectividad en el diagnóstico y la provisión de tratamientos terapéuticos basados en la evidencia científica. Respecto a la medicina moderna Gadamer (2011, p. 43) afirma que: "(...) la peculiaridad de la ciencia natural moderna es el hecho de que entiende su propio saber como la capacidad de hacer". De esta manera, las ciencias modernas se volvieron autónomas del ejercicio de esta capacidad de hacer.

Este avance de la mirada clínica del profesional médico llevó al desconocimiento del paciente como sujeto de atención a la salud, así como a la obliteración de la percepción del paciente sobre la enfermedad en la realización de investigaciones científico-farmacológicas. El profesional médico se ha perfeccionado en identificar la enfermedad y ser capaz de tomar decisiones que elijan las mejores herramientas para el tratamiento de la enfermedad. Las experiencias del enfermo frente al profesional médico no siempre son respetadas como relevantes para la elección del tratamiento terapéutico. La evidencia científica y su potencial efectividad son razones suficientes para elegir la técnica.

En las sociedades contemporáneas en las que la medicina se ha esforzado por convertirse en una ciencia de las enfermedades, la difusión del conocimiento, por un lado, y las instituciones de salud pública, por otro, hacen que, en la mayoría de los casos, conviviendo con la enfermedad el paciente también esté hablando hablar de ella o escucharla según clichés o estereotipos, es decir, valorando implícitamente las recaídas de un conocimiento cuyo avance se debe, en parte, a que el paciente fue colocado entre paréntesis como el elegido de la diligencia médica (Canguilhem, 2005, p. 25).

La medicina basada en la evidencia se remonta a la propuesta metodológica de razonar sobre la eficiencia y reducción de costes en la elección de procedimientos clínicos. Esta elección debe basarse en suposiciones científicas. La medicina científica concibe la práctica clínica como la búsqueda de evidencias (hechos) para la toma de decisiones y la elección del procedimiento terapéutico (Faria; Oliveira-Lima & Almeida-Filho, 2021). En este contexto, la medicina basada en evidencias impone una perspectiva técnico-científica en la práctica del cuidado de la salud. Los profesionales de la salud orientan su práctica en base a referencias científicas y las aplican al tratamiento de la enfermedad.

Diego Gracia (2000) se pregunta por una posible divergencia entre lo correcto desde el punto de vista técnico y ético. En muchos casos, el acto de analizar la patología ha llevado a los profesionales de la salud a centrar la atención en la enfermedad y no en el sufrimiento del enfermo. El diagnóstico clínico y el análisis patológico deben considerar los valores éticos como relevantes para la toma de decisiones. La evidencia científica tiene que ser analizada bajo la dimensión de la ética y su aplicación debe considerar valores morales acordes con los derechos del paciente.

Por ello, Gracia (2001a; 2001b) hace una interesante distinción entre análisis patológico y clínico. El significado de atención clínica se refiere a la aproximación del profesional médico al paciente. El arte médico de cuidar debe ser analizado bajo dimensiones científicas y éticas.

La clínica médica no consiste en el estudio abstracto y teórico de las enfermedades y de su curación, sino en la actividad que el médico realiza con personas concretas, las que están enfermas o en cama. En esto se diferencia la clínica de la patología. El objeto de estudio de ésta es «la enfermedad, en tanto que la clínica centra su atención en “el enfermo”, intentando determinar qué enfermedad es la que padece y cómo tratarla. A diferencia de la Patología, el problema de la clínica no es conocer la tuberculosis pulmonar como especie morbosa, sino si un paciente concreto, X, padece o no tuberculosis pulmonar. A su vez, dentro de la Patología hay niveles distintos (Gracia, 2001a, p. 10).

Los profesionales de la medicina deben esforzarse por rescatar el sentido artístico de la medicina a partir de razonamientos morales sobre el cuidado de la salud y el cuidado del paciente. Ya que el modelo

hipocrático de medicina afirmaba que el razonamiento clínico debe estar en conjunción con principios éticos.

La medicina clínica no es una ciencia, sino un arte o técnica, que debe ejercerse con saber, pero también con prudencia, que es la virtud ética por antonomasia. Tal es la razón de que la clínica y la ética hayan estado siempre muy estrechamente unidas. Ambas tienen que tomar decisiones particulares, y necesitan, por tanto, elevar a la categoría de método el análisis pormenorizado de los casos concretos (Gracia, 2001a, p. 13).

La racionalidad moderna se exaspera al enfatizar el carácter regulador y predictivo de hacer ciencia y entró en el ámbito de la atención a la salud. El carácter científico de la medicina eclipsó el valor del conocimiento y la conversación atenta con el paciente. El profesional médico apartó la mirada del paciente para mirar la enfermedad (patología). Según Canguilhem (2005), las razones de esta regresión al cuidado de la salud pueden radicar en la estrecha relación entre la medicina y el avance de las ciencias biológicas, por ejemplo, la distinción en las causas de las enfermedades (congénitas, hereditarias, ocasionales, individuales y colectivas). accidentes, enfermedades infecciosas). La sociedad regulada por el paradigma técnico-científico desprecia la subjetividad de los enfermos para valorar la fuerza productiva de la población activa.

Otra causa es el proceso de hospitalización, iniciado en el siglo XVIII, y la institucionalización de la competencia del profesional médico (Foucault, 2001). De hecho, la institucionalización creó la distancia del contexto de vida del paciente y su familia. Por un lado, la institucionalización de la atención de la salud condujo a la estandarización y expansión de la atención de la salud. Por otro lado, esta racionalización de la medicina, a su vez, provocó el desplazamiento de las capacidades vivenciales y afectivas, necesarias para el cuidado humanizado de la salud, al mejorar el cálculo de las opciones médicas y la pérdida del sentido de pertenencia a la comunidad.

El tratamiento hospitalario de las enfermedades, en una estructura social regulada, contribuía a desindividualizarlas, mientras que el análisis cada vez más artificial de sus condiciones de aparición extraía su realidad de la representación clínica inicial (Canguilhem, 2005, p. 28).

Mientras tanto, se producía la profesionalización de la actividad médica y su abordaje de la enfermedad. Se valora más al especialista que al profesional que se dedica a la atención primaria de salud. La atención moderna en salud ha suplantado la práctica comunitaria de cuidado y seguimiento familiar a cambio de una comprensión especializada y alejada de la realidad de vida del paciente.

El médico terapeuta que ejercía en las distintas ramas de la medicina, actualmente llamado “médico general”, vio decaer su prestigio y autoridad en favor de los médicos especialistas, ingenieros de un organismo descompuesto como es la maquinaria. Los médicos siguen para su función, sin embargo, de ahora en adelante, ya no porque corresponden a una imagen secular, ya que la consulta consiste en interrogar bases de datos semiológicas y etiológicas, utilizando la computadora, y que la formulación de un diagnóstico probabilístico se apoya en la evaluación de información estadística (Canguilhem, 2005, p. 28).

Este cambio en la práctica de la medicina enfatiza el conocimiento técnico y estadístico. Esas referencias científicas se convirtieron en causa de certeza en la elección del tratamiento de salud a ser adoptado por el profesional de la salud. Canguilhem expone varias críticas a este modelo desvinculado de la vida del paciente y de sus derechos como usuario del sistema de salud.

El acto médico no puede asumir la fría postura de no escuchar las necesidades de sus pacientes, aunque esté imbuido de la buena voluntad de ofrecer los mejores tratamientos posibles. “Las enfermedades no pueden ser tratadas de la misma forma que los fenómenos meteorológicos, aunque, en este último caso, la actividad del Homo faber en la superficie terrestre repercute en los climas” (Canguilhem, 2005, p. 31). Las personas enfermas no pueden ser tratadas como meros espectadores de sus condiciones de vida. Debe tener el espacio para ejercitar su capacidad racional-afectiva dialógica para expresar su opinión sobre su estado de salud y la elección de los medios terapéuticos más adecuados. La relación médico-paciente debe basarse en la interacción dialógica y la comprensión de sus responsabilidades como sujetos morales. En este sentido, el aporte de Gadamer (2011) es significativo, pues el pensador considera el diálogo en

la relación médico-paciente como parte del tratamiento, y no meramente como un espacio para valorar los intereses y la autonomía del paciente.

Canguilhem orienta sus reflexiones hacia la valoración de la experiencia humana en el reconocimiento de los límites de su existencia y de su capacidad de curación. El cuidado de la salud no debe prescindir de la capacidad de comprender el significado de la enfermedad en la vida humana. Ese aspecto existencial de la finitud humana y el significado de la enfermedad en este proceso evolutivo y experiencial de las relaciones humanas lleva a comprender los límites de la intervención médica en la extensión imprudente de la condición biológica humana.

El filósofo francés continúa afirmando que la enfermedad da sentido a la existencia humana porque somos conscientes de nuestra finitud y debemos orientar nuestra capacidad racional-afectiva para comprender nuestro desarrollo como especie y comunidad. Este reconocimiento de los límites de la acción humana nos hace reflexionar sobre la forma en que hemos vivido y el sentido que le atribuimos al uso de las herramientas tecnológicas en el cuidado de la salud.

Esta reflexión filosófica sobre la existencia humana y su experiencia del sufrimiento nos hace conscientes de nuestra finitud. Nosotros debemos entender la experiencia del sufrimiento y la enfermedad como elementos existenciales que nos ayuden a adquirir sabiduría sobre el sentido de la vida humana y su voluntad de vivir bien.

LOS LÍMITES DE LA MEDICINA EN LA SOCIEDAD TECNOLÓGICA

(...) la tecnología no es buena o mala en sí misma, pero su aplicación, en un determinado paciente, puede o no ser adecuada (Bobbio, 2014, p. 87).

En las últimas décadas, la medicina, impulsada por un contexto de desarrollo tecnológico, ha emprendido el camino de la ciencia, renunciando a su vocación artística original en la ilusión de que, midiendo, calculando, ejecutando complejos algoritmos estadísticos, explorando las partes más pequeñas del organismo, sería posible comprender la esencia del cuerpo humano y corregir el destino de cada individuo (Bobbio, 2014, p. 231).

Marco Bobbio (2014; 2019) analiza la cuestión ética sobre el mejor tratamiento a ofrecer al paciente y aboga por la prudencia en la elección de procedimientos terapéuticos que no están seguros de poder promover el bienestar del paciente. Este tema involucra la deliberación sobre el tratamiento que se otorga en el tiempo adecuado y necesario al paciente. El autor italiano analiza la dificultad de la comunicación médico-paciente y la artimaña de los profesionales médicos al ofrecer datos de intervenciones quirúrgicas y fármacos como elementos tranquilizadores para los pacientes. Según él, la medicina moderna ha enfatizado los aspectos estadísticos en detrimento de la competencia afectiva de los profesionales de la salud. “Con el crecimiento del componente científico, la medicina ha perdido su componente humano. A los pacientes les hablamos con números y ya no con el corazón” (Bobbio, 2014, p. 18). Esta técnica de ejercer la medicina sobrevalora la evaluación tecnológica y minimiza la capacidad de los profesionales de la salud de utilizar su sensibilidad para cuidar a los pacientes.

El propósito de las reflexiones de Bobbio es rescatar el sentido artístico de la medicina. El arte médico debe estar en contacto con la subjetividad del paciente y contrarrestar el impulso técnico-científico de concebir la relación médico-paciente de manera impersonal y calculadora. Por tanto, cuestiona la forma desmedida de la medicina practicada en la sociedad tecnológica con la intención de recuperar el sentido sobrio y prudente del arte médico. En el mismo sentido, Jonas (2013, p. 157) afirma que la medicina “(...) no está libre de fines ni de valores”.

Bobbio critica el uso del cálculo utilitario en la elección de procedimientos médicos. Según él, el razonamiento médico estaría incluido en la elección entre opciones rentables y no consideraría la biografía del paciente. Los profesionales médicos serían hechizados y entregados al juego de marketing de las empresas e industrias farmacéuticas. Esta crítica de Bobbio presenta un doble análisis: el poder del marketing y los intereses económicos para promover la venta de procedimientos médico-farmacológicos y el vacío de la formación académica para capacitar a los profesionales médicos para llevar a cabo la hermenéutica de los datos científicos y su aplicación en el campo. contexto de la individualidad del paciente.

La obsesión por hacer todo lo posible en el uso de herramientas técnicas, la obstinación terapéutica, se ha mostrado como un mecanismo de defensa médica ante la posibilidad de procesos judiciales. En el ámbito práctico de la relación médico-paciente, el uso de la tecnología puede conducir a comportamientos mecánicos e impersonales en el trato al paciente. Bobbio (2014; 2019) considera que se están introduciendo nuevas tecnologías sin la necesaria reflexión sobre los beneficios y perjuicios de su uso en la práctica médica. Los avances tecnológicos en medicina provocan un distanciamiento de las necesidades del paciente.

Bernard Lown (1997) analiza que la práctica médica se ha distanciado del paciente mediante el uso de herramientas tecnológicas y ha perdido la confianza del paciente. Los profesionales médicos han perdido el arte de escuchar y lo han sustituido por la realización de procedimientos tecnológicos. Se ocupan de la materia orgánica humana y se olvidan de la persona humana como ser biográfico.

En este sentido, Bobbio afirma que la medicina no debe practicarse de manera tonta y mecánica debido al progreso tecnológico. En términos prácticos, el mayor número de exámenes no siempre es capaz de mejorar el estado clínico y el bienestar del paciente. Esta práctica puede aumentar el estado de ansiedad e incertidumbre respecto al diagnóstico y la elección terapéutica.

La adopción de los supuestos de la medicina basada en la evidencia sitúa los datos (hechos) como determinantes de la elección médica. Esta práctica médica postula que los profesionales toman decisiones racionales y consistentes basadas en la estandarización de procedimientos, diagnósticos y tratamientos. Esta racionalización de la medicina tiene como objetivo reducir la elección de tratamientos arbitrarios y demuestra su eficacia en base a los resultados de la investigación clínica.

Bobbio se esfuerza por demarcar los límites de la medicina basada en la evidencia considerando los diferentes contextos de la investigación científica, realizada en grupo, y la realidad de la práctica clínica, la individualidad del paciente. El profesional médico debe estar atento al paciente en su consideración conjunta del mejor procedimiento terapéutico y analizar conjuntamente los resultados de la investigación científica en relación con el bienestar del paciente.

Esta crítica a la medicina moderna está relacionada con la reducción de la capacidad médica al limitarse a medir los riesgos del tratamiento y no establecer un diálogo constructivo con el paciente. Según Bobbio, los profesionales médicos no deben comparar los datos científicos con la opinión del paciente. El paciente debe ser consultado sobre sus prioridades y sus valores. Valorar la comunicación médico-paciente debe comprender mejor los datos científicos a partir de la interpretación y experiencia del paciente.

Bobbio critica la especialización de la medicina y la fragmentación de las habilidades médicas. El profesional médico, el especialista, ha perdido la capacidad de tener una visión integral del paciente en su proceso científico de sus afirmaciones. La racionalización de la medicina acompañó el proceso de compartimentación de los saberes y sus prácticas, así como se tornó incomunicable a otros saberes y experiencias.

La medicina siguió la tendencia imperante de pensar de forma sectorizada. Podemos contar con profesionales altamente calificados en un área determinada, súper especializados, capaces de resolver problemas muy específicos y complejos, pero que muchas veces desconocen las circunstancias que acompañan el problema de un paciente en particular (Bobbio, 2014, p. 179).

El dilema contemporáneo de los profesionales de la medicina es reconocer que los recursos tecnológicos no son suficientes para salvar o curar vidas y que debemos aceptar la indudable finitud de la vida a partir de la elección de procedimientos terapéuticos que promuevan el bienestar y la calidad de vida. En otras palabras, el uso excesivo de procedimientos terapéuticos y tecnológicos en el área de la salud distorsiona e impide la comprensión de la muerte, dejando de ser algo natural y convirtiéndola en algo malo y negativo. Deja de ser parte de la vida biológica y biográfica. Por lo tanto, pensamos que cuando técnicamente no hay nada más que hacer en el cuidado terapéutico del paciente, aún queda mucho por hacer desde el punto de vista afectivo e interrelacional entre el equipo de salud, el paciente y su familia.

La necesidad de reconocer los límites en el tratamiento médico es la conciencia ética de que debemos aceptar la finitud de la vida y no ser dogmáticos en relación a las innumerables posibilidades de un tratamiento

ineficaz. La “medicina sin límites” (Bobbio, 2019) afirma categóricamente su dogmatismo y creencia en la capacidad salvífica de los profesionales de la medicina y sus instrumentos tecnológicos. Atenta contra la prudencia en el seguimiento del paciente y los límites del tratamiento médico.

Según Bobbio (2014; 2019), la “medicina sin límites” nace del imperativo de hacer todo lo posible y el profesional de medicina nunca debe renunciar a su audacia salvífica. El paciente y su familia no aceptan la fragilidad e imprevisibilidad de la naturaleza humana y el sesgo del mercado ha fomentado estas falsas esperanzas.

El avance técnico-científico está permeado por la medición, cuantificación y enunciados categóricos en el control de las condiciones del paciente. La medicina moderna encuentra difícil aceptar las incertidumbres epistemológicas al ofrecer un tratamiento que preserve el bienestar del paciente. El conocimiento científico se presenta para controlar la vida y observa la incertidumbre como una forma de debilidad. Esto debe ser encubierto por la arrogancia tecnológica en el uso de todos los medios disponibles para medir y probar en pacientes.

Bobbio aconseja que el profesional de medicina presente las ventajas de no realizar un determinado procedimiento como un beneficio para el paciente y no como una forma de debilidad e incapacidad. Esta actitud prudente subraya la conciencia de los límites de la acción humana en el cuidado de la salud y la apreciación de la calidad de vida y el bienestar del paciente.

Necesitamos ayudar a los pacientes a familiarizarse con la precariedad de la naturaleza humana y brindarles conocimientos que les ayuden a elegir cómo enfrentar su propia vida y enfermedad. Necesitamos volver a ser los interlocutores que faciliten una elección consciente y acompañen al paciente en su enfermedad, teniendo en cuenta su bagaje emocional y personal, en lugar de convertirnos en técnicos dedicados a administrar un nuevo medicamento que no siempre es efectivo, o a prescribir una prueba invasiva de dudosa utilidad (Bobbio, 2014, p. 221).

El profesional médico y su equipo deben posicionarse como mediadores en la toma de decisiones del paciente. El equipo multidisciplinario no debe sobrestimar la necesidad de realizar pruebas y procedimientos que

pueden resultar inútiles o una forma de defensa del equipo médico de haber realizado todos los procedimientos que tenía a su disposición. La conciencia ética del equipo médico debe facilitar la comprensión de los riesgos en el uso excesivo de exámenes y procedimientos de tal manera que el paciente se sienta seguro y libre en su elección.

Como hemos visto, la estandarización en el cuidado de la salud ha llevado a una pérdida de apreciación de la individualidad del paciente y del conocimiento de su contexto social. Esta generalización del arte médico hace que los pacientes sientan que sus necesidades y deseos de bienestar no son satisfechos.

La mirada médica se ha empequeñecido ante el poder tecnológico en las áreas de la salud. Como si el uso de los medios tecnológicos disponibles significaba la esencia del cuidado de la salud. El profesional médico se especializa en analizar el marco evolutivo de la patología y prescindir de la biografía del ser humano enfermo que tiene frente a sí.

Muy a menudo, los pacientes ya no se sienten cuidados, ya que la medicina ha perdido la capacidad de estar emocionalmente cerca del sufrimiento, porque ya no se trata del paciente, sino de la enfermedad; ya no se atiende a la angustia, sino al parámetro patológico; no es un individuo en particular, sino un paciente que cumple con los criterios establecidos en las guías (Bobbio, 2014, p. 222).

Por eso, Bobbio afirma que la medicina debe ser más humana y estar en contacto con el paciente a partir de valorar su individualidad. La subjetividad del paciente debe tener una participación activa en la elección del tratamiento médico. Los profesionales de la salud deben desarrollar conjuntamente su competencia terapéutica y emocional para interactuar con los pacientes de modo que el arte de la medicina esté centrado en la persona. Como explica Bobbio: “Es necesario aprender a ejercer nuestro poder terapéutico y carismático con cuidado, autocontrol y humildad. La medicina ha perdido la percepción del ser humano, sólo queda la percepción de lesiones tratables” (Bobbio, 2014, p. 224). Se especializó en tratar la patología y sus profesionales se olvidaron de mirar y escuchar al paciente.

El conocimiento técnico-científico del profesional médico debe confrontar la subjetividad del paciente y buscar los medios más adecuados posibles para garantizar el bienestar del paciente. La relación médico-paciente tiene que estar marcada por la empatía. La medicina centrada en la persona debe ser prudente y atenta a las necesidades del paciente a través de una atención médica atenta y a la escucha.

El retorno a la percepción de la subjetividad del paciente es el camino prudente para que la medicina redescubra su conexión con la valoración de la dignidad humana en el cuidado de la salud. El arte médico propuesto por Bobbio considera necesario valorar la biografía y la individualidad del paciente. Así como el seguimiento terapéutico junto a los familiares. Bobbio propone un modelo de medicina centrado en el paciente. El profesional médico debe esforzarse por conocer al paciente y su biografía. El profesional debe escuchar al paciente y trabajar para reducir el sufrimiento y los tratamientos inútiles.

Por tanto, el profesional de medicina debe reflexionar junto con el paciente para elegir los procedimientos terapéuticos más adecuados y prudentes. El profesional tiene que desarrollar la competencia para compartir posibilidades de tratamiento y de tal forma que el paciente se perciba a sí mismo como un agente decisorio de su proceder terapéutico. Aunque, dice Jonas (2013, p. 158) el “cuerpo [es] el objetivo de [la medicina] lo que importa es el sujeto”.

En este sentido, Bobbio propone que la relación médico-paciente debe constituir un proceso de toma de decisiones compartidas a través de un análisis razonado de los riesgos y beneficios de la realización de procedimientos y pruebas. Estos deben ser evaluados y rechazados cuando no resulten realmente efectivos y/o útiles para mejorar el estado clínico y el bienestar del paciente. Asimismo, los involucrados deben ser conscientes del nivel de incertidumbre que la elección terapéutica se inserta en la atención del paciente. El paciente debe tener una participación activa y estar atento a las dudas e incertidumbres del equipo de salud.

UNA SOLICITUD A LA HIGIEA, CUIDADO ÉTICO EN LA MEDICINA

Ved, pues, las necesarias condiciones que importa reunir para el estudio de la Medicina; los conocimientos profundos que es preciso adquirir, si se quiere, al recorrer las ciudades ejerciéndola, lograr la reputación de médico, no sólo en el nombre, sino como práctico (Hipócrates, 2017, p. 6-7).

El cuidado ético en medicina representa la actitud y disposición de los profesionales de la salud para ponerse empáticamente al servicio del paciente. Los profesionales de la salud están dotados de una alta formación académica y esta competencia debe combinarse con la experiencia en entornos hospitalarios y clínicos.

Como apuntábamos, el ejercicio del arte médico debe estar concatenado con el conocimiento técnico-científico y la elección prudencial en la toma de decisiones. Los avances tecnológicos en el campo de la salud han permitido ampliar los diagnósticos, exámenes e intervenciones médicas en el seguimiento médico del paciente. Los profesionales médicos se dotaron de la capacidad analítica y descriptiva de las tecnologías sanitarias. Sin embargo, este avance técnico-científico, como se señaló anteriormente, hizo retroceder la capacidad intuitiva e interrelacional de los profesionales de la salud.

El marco teórico adoptado en este artículo de reflexión nos ayuda a pensar sobre la necesidad de una reorientación ética de los profesionales médicos y su forma de lidiar con las incertidumbres derivadas del tratamiento en salud.

Los referenciales bioéticos contribuyen para una percepción ampliada de la relación médico-paciente en un contacto dialógico y comprensivo sobre el proceso de toma de decisiones. La elección de los procedimientos terapéuticos debe guiarse por la virtud de la prudencia y la responsabilidad por el bienestar y la calidad de vida del paciente. El paciente debe observar cómo copartícipe en su tratamiento de salud.

La bioética, entendida como “sabiduría biológica”, puede enseñarnos a percibir el valor del cuidado de la salud que reconoce los límites en el uso de procedimientos terapéuticos fútiles y los profesionales médicos deben ser conscientes de sus incertidumbres al ofrecer “cura” a las personas enfermas.

Una elección sabia y éticamente orientada puede frenar el impulso técnico y de marketing sobre la vida humana y hacernos reconocer la finitud de la vida como proceso de aprendizaje y conclusión de la vida biológica y biográfica de todos los seres humanos. La “sabiduría biológica” puede hacernos serenos ante la avalancha tecnológica y vivir las etapas de la vida como una obra biográfica hacia el buen vivir.

CONSIDERACIONES FINALES

Finalmente, queremos terminar este artículo reflexivo con la sabiduría hipocrática que expresa la necesidad del trabajo cooperativo en salud e integrado en el entorno familiar del paciente:

Corta es la vida, el camino largo, la ocasión fugaz, falaces las experiencias, el juicio difícil. No basta, además, que el médico se muestre tal en tiempo oportuno, sino que es menester que el enfermo y cuantos lo rodean coadyuven a su obra (Hipócrates, 2017, p. 6-7).

El arte médico debe ser visto como el proceso de aprendizaje individual y colectivo de una sociedad tecnológica que cuenta con las herramientas para brindar calidad de vida a todas las personas. Esta capacidad tecnológica debería promover el acceso equitativo a la atención de la salud y reducir las desigualdades sociales.

La perspectiva bioética sobre el desarrollo científico-tecnológico en el campo médico llama la atención sobre la necesidad de comprender la vigilancia de la salud como inserta en una dimensión social y atenta a las cuestiones ambientales. Garantizar la salud y el bienestar humanos debe integrarse con la salud planetaria.

Los profesionales médicos se encuentran ante el dilema de utilizar incansablemente las herramientas tecnológicas disponibles y el cuidado

ético-prudencial de comprender los límites del tratamiento en salud. Los pacientes deben ser incluidos activamente en la elección de sus procedimientos terapéuticos y su dignidad humana debe ser valorada por su participación en las decisiones médicas. Siendo la ética un saber enfocado al actuar, y en este caso al saber actuar, se puede utilizar la expresión de un *ethos* médico.

El desarrollo de las tecnologías sanitarias ha incrementado esta indudable apelación a la “cura”, aunque no sea posible en determinadas circunstancias clínicas y se configure como “obstinación terapéutica”. Por lo tanto, el diálogo entre los supuestos bioéticos y el arte médico puede contribuir a comprender la necesidad de reconstruir la relación médico-paciente a partir de la comprensión intersubjetiva y dialógica entre los sujetos morales insertos en el cuidado de la salud. El objetivo es hacer corresponsables a los pacientes y sus familias en las decisiones médicas y la protección de su dignidad.

Por eso, recordamos a Gracia (2007) que al utilizar la expresión “médico perfecto”, afirma que para ser un buen médico se debe ir más allá de las virtudes intelectuales y estar imbuido de virtudes éticas y morales. Ya que la medicina no es simplemente un conocimiento teórico, sino una actividad (arte). En este sentido, “un médico sólo se vuelve ‘bueno’ y ‘perfecto’ cuando ha convertido su virtuosismo técnico y moral en una especie de segunda naturaleza, una forma de vida. El médico perfecto es un médico virtuoso” (Gracia, 2007, p. 780). En línea con esta perspectiva, Gadamer (2011, p. 51) afirma: “(...) el médico tiene que ver más allá de cuál es el objeto propio de su saber y de su poder-hacer, si quiere ser un médico de verdad”.

La sabiduría médica y la necesidad de que entreguemos el último aparato a Asclepio, como lo había hecho Sócrates en el pasado, radica en conciliar los aspectos intuitivos y emocionales de la capacidad humana de cuidar y el uso adecuado y razonable del aparato científico-tecnológico. El arte médico tiene que ser rescatado de su proceso de “racionalización” y desintegración entre racionalidad y emociones. Asimismo, el paciente y su familia deben ser incluidos en el ámbito clínico-hospitalario como agentes decisorios y valedores de decisiones prudentiales respetuosas de la vida en dignidad.

BIBLIOGRAFÍA

BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Siglo Veintiuno Editores, 2002

BOBBIO, Marco. **O doente imaginado**: os riscos da medicina sem limites. Bamboo Editorial, 2014.

BOBBIO, Marco. **Medicina demais**: o uso excessivo pode ser nocivo à saúde. Manole, 2019.

BYNUM, William F. **História da medicina**. L&PM, 2011.

CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina**. Forense Universitária, 2005.

FARIA, Lina; OLIVEIRA-LIMA, José Antonio de & ALMEIDA-FILHO, Naomar. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, (28)1, 2021, p. 59-78. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>.

FOUCAULT, Michel. **A coragem da verdade**: o governo de si e dos outros II. Martins fontes, 2014.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Forense Universitária, 2001.

GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**. Editora Vozes, 2011.

GRACIA, Diego. **Fundamentos de bioética**. Gráfica de Coimbra, 2007.

GRACIA, Diego. **Bioética clínica**. Editorial El Buho, 2001a.

GRACIA, Diego. La deliberación moral: el método de la ética clínica, **Med Clin** (Barcelona), n. 117, 2001b, p. 18-23.

GRACIA, Diego. Medicina basada en la evidencia: aspectos éticos, **Revista Bioética**, (8)1, 2000, p. 79-87.

HIPÓCRATES DE COS. **Juramento, aforismos, sentencias y casos clinicos**. Ediciones RG, 2017.

JONAS, Hans. **Técnica, medicina e ética**: sobre a prática do princípio responsabilidade. Editora Paulus, 2013.

JONAS, Hans. **O princípio da responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Contraponto/Ed.PUC-RIO, 2011

JONAS, Hans. **Técnica, medicina y ética**: Sobre la práctica del principio de responsabilidade. Paidós, 1997.

LYNCH, John A. **The origins of bioethics**: remembering when medicine went wrong. Michigan State University Press, 2019.

LOWN, Bernard. **A arte perdida de curar**. JSN Editora, 1997.

MORI, Maurizio. **Manuale di bioética**: verso una civiltà biomedica secolarizzata. Casa Editrice Le Lettere, 2017.

NIETZSCHE, Friedrich. **A Gaia ciência**. Companhia das Letras, 2012.

PLATÃO. **Diálogos (O banquete - Fédon - Sofista - Político)**. Abril Cultural, 1972.

PORTER, Roy. **Cambridge**: história da medicina. Editora Revinter, 2008.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioética**: ponte para o futuro. Loyola, 2016.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioética global**: construindo a partir do legado de Leopold. Edições Loyola, 2018.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos humanos**. 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por.

Recebido em: 9 - 4 - 2024

Aprovado em: 17 - 12 - 2024

Alberto Paulo Neto

Doutorado em Filosofia pela Universidade de São Paulo (2015). Mestrado em Filosofia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Graduação em Filosofia pela Universidade Estadual de Londrina (2006). Professor permanente no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Membro do “Espacio abierto de Inteligencia Artificial” de UNESCO para América Latina y el Caribe. Experiência na área de Filosofia, com ênfase em Ética e Filosofia Política, atuando principalmente nos seguintes temas/ autores: Bioética e Direitos Humanos, Teorias da democracia, Teorias da justiça, Republicanismo e Liberalismo político, Filosofia Política, Filosofia do Direito e autores: Immanuel Kant, Jürgen Habermas, Ronald Dworkin e Philip Pettit. Líder do Grupo de Pesquisa: Justiça e Direitos Fundamentais (CNPq/PUCPR Campus Londrina). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2322-1984>. E-mail: apnsophos@gmail.com

Anor Sganzerla

Doutorado em Filosofia pela Universidade Federal de São Carlos (2012). Mestrado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004). Especialização em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1999). Graduação em Teologia pelo Instituto Teológico São Paulo (1993) e em FILOSOFIA pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1987). Professor Adjunto do Curso de Filosofia e Professor Permanente do Programa do Pós-graduação Stricto Sensu em Bioética da PUCPR. Coordena o Eixo Humanístico da instituição nos anos de 2012-2013; 2016-2019. Presidiu a Sociedade Brasileira de Bioética do Paraná (gestão 2015-2017); Membro da SBB (Sociedade Brasileira de Bioética); Membro do NET (Núcleos de Estudo da Técnica da PUCPR), e do NEB (Núcleo de Estudos em Bioética); Membro do Centro Hans Jonas Brasil; Membro do GT da ANPOF Filosofia da saúde; Coordenador do Doutorado Internacional em Humanidades na parceria PUCPR e UCM (Universidade Católica de Moçambique). Professor visitante da Universidade Católica de Moçambique no Doutorado em Humanidades. Líder do grupo de pesquisa Bioética e Biotecnologia. Membro do grupo de pesquisa Hans Jonas e de Bioética Ambiental. E-mail: anors@pucpr.br

José Eduardo de Siqueira

Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina (1974). Mestrado em Bioética - Universidad de Chile (1998). Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1967). Coordenador do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)/Campus Londrina, - Revista Virtual de Bioética latinoamericana - Revista Brasileira de Bioética - Revista da Associação Médica Brasileira - Bioethikós. Experiência na área de Medicina, com ênfase em

Cardiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: bioética, ética, ética médica, ética em pesquisa com seres humanos; responsabilidade e aspectos éticos. Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2005-2007). Membro Titular da Academia Paranaense de Medicina. Membro Assessor da Redbioética/UNESCO para América Latina e Caribe. Membro do Comité Científico da Revista da Redbioética/UNESCO ; Miembro del Consejo Directivo y el Comité Asesor de la Red latinoamericana de bioética; Membro do board de Diretores da International Association of Bioethics; Coordenador do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná/Campus Londrina; Professor do Curso de Mestrado em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Professor Titular da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Líder e membro de vários grupos de pesquisa. Professor Titular do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. ORCID : 0000-0002-7513-1385. E-mail: eduardo.jose@pucpr.br

Eduardo Díaz Amado

Doutor em Filosofia e Mestre em História e Filosofia da Ciência e da Medicina pela Universidade de Durham. Especialista em Bioética pela Universidad El Bosque. Filósofo com Especialização em Literatura pela Universidad de los Andes. Médico Cirurgião - Universidad Nacional de Colombia. E-mail: eduardo.diaz@javeriana.edu.co

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

R. Imac. Conceição, 1155 - Prado Velho,
Curitiba - PR, 80215-901