



LA BIOÉTICA Y LA RELACIÓN ENTRE CIENCIA, CONOCIMIENTO Y ÉTICA EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN CIENCIAS MÉDICAS

Prof. Georgina Suárez Hernández, MSc
Dra. Ivonne de la Concepción González Rey, MSc

Resumen

Con el progreso acelerado de los conocimientos y del poderío científico-técnico aumentan las responsabilidades del ser humano de manera directamente proporcional a dicho incremento. La Bioética ayuda en el discernimiento de la eticidad en las distintas acciones que las ciencias realizan sobre la vida humana, los demás seres vivos y el entorno y favorece la reflexión inter y multidisciplinaria sobre el vínculo entre los avances científicos y tecnológicos y la ética. Contribuye al reconocimiento de las conductas axiológicas que guían las aplicaciones de los conocimientos científicos, favorece la identificación de los problemas éticos que se derivan de la aplicación de la ciencia e incrementa el sentido de la responsabilidad en la práctica médica. De ahí la importancia de la formación del profesional de la salud en base a fundamentos humanos y éticos.

Palabras claves

Bioética, ciencia, conocimiento, principios de la Bioética, paradigmas

Introducción

A partir de la segunda mitad del siglo XX las Ciencias Médicas han experimentado avances superiores a todos los que habían tenido lugar en la Medicina en los dos milenios anteriores. A medida que se acrecientan los conocimientos científicos y aumenta el poderío técnico de que dispone el ser humano, sus responsabilidades crecen de manera directamente proporcional a dicho incremento. Esos avances pueden generar la inversión o deterioro en la escala de valores en el mundo contemporáneo, creando una situación en la cual escape al control humano la aplicación de los resultados científicos y tecnológicos. Esto hace que se cuestione si todo lo técnico y científicamente posible es moralmente admisible.

De ahí la importancia de que en la docencia se aborden de forma estructurada los fundamentos humanos y éticos de la práctica médica lo cual contribuye a la formación del profesional en esta esfera. Tal misión deviene responsabilidad de la Universidad Médica y debe ser uno de los propósitos de la formación pre y postgraduada en el sector.

Durante la modernidad, históricamente hablando, la racionalización guiada por el impacto de la ciencia y la tecnología, regida por los nuevos ideales sociales, por las necesidades emanadas del contexto emergente, y por el auge de las fuerzas productivas, abrió el camino a un nuevo tipo de racionalización, la científico- técnica, y generó del mismo modo, un tipo de conocimiento inédito que constituyó un factor decisivo en la actividad social.

La ciencia sintetizó las esperanzas, las aspiraciones y la exaltación optimista que tipificaron esta fase de la sociedad. El hombre creyó haber hallado en esta época la garantía infalible de su propio destino. El ser humano, a través de los conocimientos, se proyectó hacia la transformación del entorno. Y en este proceso, la ciencia fue el instrumento no solo para interpretar las circunstancias, si no también para modificarlas. No obstante, el devenir de los acontecimientos demostró que la ciencia espontáneamente no proporciona sabiduría, esperanza ni certidumbre en el porvenir, aunque es sabido que genera conocimientos que debieran servir de apoyo para ello. Su desarrollo por sí mismo, no resulta suficiente para garantizar el progreso y la felicidad a la especie humana.

La revolución científica y técnica ha impuesto a la sociedad contemporánea un reto de naturaleza epistemológica y al mismo tiempo de índole ética, en relación con la pertinencia moral de sus resultados y aplicaciones.

Se hace necesaria, más que nunca, una ética de la vida, la Bioética, como disciplina que ayuda en el discernimiento de la eticidad en las distintas acciones que las ciencias realizan sobre la vida humana, los demás seres vivos y el entorno. Es un saber multidisciplinario con un fuerte componente filosófico, que no se detiene en la sola contemplación de la verdad, sino que la aplica en la vida diaria al examen de situaciones concretas.

La Bioética y la relación entre ciencia, conocimiento y ética en la formación profesional en Ciencias Médicas

I-Contexto y peculiaridades de la práctica médica

El compromiso de modelar el factor humano desde la Universidad Médica tiene en la Bioética un importante baluarte debido a que la misma reorienta los conocimientos científicos hacia los componentes subjetivos, interpreta las necesidades del conocimiento emanadas de la práctica social como necesidades de los sujetos actuantes, reconoce las conductas éticas que guían las aplicaciones de los conocimientos científicos, contribuye a identificar los problemas éticos que se derivan de la aplicación de la ciencia e incrementa el sentido de la responsabilidad en la práctica médica. La Bioética propicia el rescate y redimensionamiento de las nociones según las cuales el valor supremo es el ser humano en sí mismo.

La fundamentación teórica de la Bioética que evidencie su contribución, mediante un programa, a la formación de pre y postgrado de profesionales en

Ciencias Médicas, puede favorecer el empeño de que la ética devenga principal arma diagnóstica y terapéutica de la práctica médica.

En esta dirección encontramos los principios bioéticos que se relacionan con el cuidado de la vida y la salud, tales como la no maleficencia y la beneficencia, la justicia y la autonomía, y también el fomento de los llamados valores instrumentales como la capacidad de diálogo, la participación activa y la facultad de tomar decisiones autónomas, entre otros. La Bioética contribuye a superar las viejas nociones basadas en la racionalidad clásica, que suponía que los valores resultan externos con relación a la ciencia.

Aunque no puede olvidarse que la Medicina tiene una larga historia de conceptos morales privativos de esta esfera, los cuales han exigido al profesional situar el diagnóstico y tratamiento dentro del contexto de ciertos deberes éticos, actualmente la conveniencia de integrar las dimensiones culturales, éticas y espirituales en el abordaje de los procesos diagnósticos y terapéuticos resulta una realidad innegable.

La cultura esclarece el entorno para comprender los referentes de la enfermedad mediante patrones de comportamiento. La ética en la clínica, por su parte, introduce el análisis a partir de las nociones sobre el bien y el mal, lo justo, lo injusto y la ponderación de valores de las partes involucradas y de la posición que asuman ante los dilemas éticos resultantes de la aplicación de tecnologías de avanzada. Finalmente, la dimensión espiritual, en su perspectiva religiosa o existencial, conforman junto a los restantes factores, la integralidad en la valoración de los procesos nosológicos.¹

Si hablamos en los términos que reclama la realidad científica actual, debe destacarse la existencia de la cultura científica, de la cual forma parte esencial la Bioética, considerando que la primera posee como componentes esenciales las capacidades y habilidades para la profesión, y asimismo las facultades y cualidades para actuar de manera reflexiva en la toma de decisiones. Es decir, el compromiso científico y el ético como sustancia ineludible en la solución de tareas de la práctica clínica.

Las estrategias curriculares deben favorecer, desde contextos propios, tanto la elucidación de las preocupaciones como los intereses del sector, ofreciendo marcos y sustentos teóricos adecuados que propicien el diálogo interdisciplinario como antídoto a la lógica científicista, pues al fin y al cabo los fines que se propone la ciencia misma no caben en el estrecho marco de la racionalidad, si no que van más allá hacia la búsqueda del bienestar humano.

R. Zamora define los contextos de la actividad científica de la siguiente forma:²

1. Contexto de la educación: La intelección científica tiene como fundamento el aprendizaje previo y este responde al imaginario moral vigente en cada sociedad.
2. Contexto de innovación: La realidad es renovada constantemente por descubrimientos e inventos. Este ámbito es rico en valores que integran el núcleo axiológico de la ciencia misma.

3. Contexto de evaluación: La postura axiológica que demanda el progreso científico
4. Contexto de aplicación: La práctica científica, de forma creciente, demanda reflexiones éticas.

El inicio de la llamada Medicina crítica ha variado sustancialmente los contextos. Ello nos obliga a repensar continuamente en las nuevas circunstancias generadas a partir de la aparición de la hemodiálisis, la reanimación cardiorespiratoria, la ventilación mecánica, el surgimiento de las unidades de cuidados intensivos, los adelantos de la farmacología, la neurocirugía, la imagenología, así como las derivaciones acaecidas a partir del Proyecto Genoma Humano y la clonación, entre otros.

El aumento de la capacidad tecnológica junto al surgimiento de sociedades pluralistas, en las cuales se introducen nuevos presupuestos en la relación clínica, ha puesto sobre el tapete cuestiones medulares relacionadas con la responsabilidad moral que emana de decisiones médicas con sustento en los avances tecnológicos.

Los acontecimientos que tipifican la etapa actual del devenir social, con su discurso eminentemente tecnocrático en el cual la cantidad de productos producidos y consumidos va sustituyendo progresivamente a los valores espirituales, nos confirman que la visión optimista del progreso social inherente a la modernidad ha quedado atrás, y que el tránsito hacia el futuro no se vislumbra necesariamente proclive al beneficio humano.

La historia de la humanidad se ha acelerado de tal forma y se ha establecido sobre bases tan destructivas que lo más palpable hoy día es la incertidumbre respecto al porvenir.

El desarrollo tecnológico ha promovido gradualmente la caducidad de los modelos sobre los cuales se erigió la modernidad, lo cual se expresa en la creciente contaminación ambiental y la incapacidad para absorber y reciclar los desechos, en la progresiva crisis de las economías sustentadas hoy por hoy en patrones consumistas, en la obsolescencia programada, en la destrucción paulatina del ecosistema sometido a criterios inadmisibles de explotación, y, finalmente, en la incapacidad de la razón instrumental para propiciar la felicidad y el bienestar a la mayoría de las personas.

El ser humano ha creado poderes suficientes para transformar e incluso programar o crear nuevas formas de vida, de modo tal que ninguna visión ética de períodos anteriores puede interpretar y enfrentar los desafíos del presente.

La Bioética no se circunscribe al estrecho marco de sectores intelectuales, teóricos, juristas o políticos, si no que, por el contrario, es asunto de toda la sociedad, pues toda ella está en peligro de desaparecer. De hecho existen movimientos sociales que involucran a los destinatarios o afectados por los alcances de las innovaciones científicas. Solo una revolución del pensamiento que implique a todas las clases sociales, etnias, religiones, países, tendencias políticas e ideologías, puede contribuir a conformar una cultura responsable en

lo ético que estimule la sensibilidad a favor de la humanización del saber científico, y con ello, de la perpetuación de la civilización.

Al establecer una propuesta acerca de la armonización entre moralidad y saber, la Bioética formulada por Potter contiene los elementos para producir una quiebra cultural decisiva con el pensamiento anterior. Su iniciativa se expresa en acciones encaminadas a la formación de sujetos responsables para ejercer la deliberación “como proceso razonable de toma de decisiones”,... como “método de conocimiento”, como “procedimiento intelectual cuyo objetivo es la toma de decisiones y de decisiones prudentes.” En tal sentido se delibera aportando criterios y escuchando las razones de otros, convencidos de que nadie está en posesión de toda la verdad. “El propio proceso de formación profesional es ya un sesgo para el análisis de la realidad. La formación nos hace sensibles a ciertos rasgos de las cosas, a la vez que deja en la penumbra otras”. En este sentido se afirma que la bioética es deliberativa por esencia y la deliberación debe ser educada³.

El primer gran impulso de la Bioética se produjo en el terreno de la Medicina, lo cual llevó a considerar con razón que la Bioética se había medicalizado. Se admite que durante los primeros años de su surgimiento la Bioética se ocupó preferentemente de la participación del individuo en la gestión de su propio cuerpo, y, en correspondencia, atendió prioritariamente el principio de la autonomía. Solo después trató las cuestiones de distribución de recursos y justicia, para, finalmente, abordar los temas del medio ambiente y de la conservación del patrimonio de futuras generaciones acorde a los conflictos del presente.

Sin embargo, el cuestionamiento de los procederes de la ciencia y la reivindicación de valores extra científicos tuvieron una influencia desde sus inicios no solo en el campo de acción de las Ciencias Médicas, si no en toda la sociedad. De hechos tales como el nacimiento, la vida, la felicidad, el dolor y el sufrimiento emanan interrogantes multiplicadas en la actualidad por lo que Hans-Martin Sass llama la expansión de la capacidad técnica.⁴ En virtud de tal expansión el acto médico se enfrenta a hechos y decisiones inimaginables en períodos precedentes.

Por su parte, el surgimiento del pluralismo social y la multiculturalidad ha producido importantes cambios en el camino de la emancipación del ser humano poniendo en circulación conceptos tales como autonomía del paciente, consentimiento informado y otros que atañen a decisiones personales sobre sí mismo y la propia salud.

Desde la época antigua la Medicina ha estado al servicio de las más nobles causas humanas, saturada de compromisos sociales y con una profunda connotación ética. Tanto es así que las preocupaciones de carácter moral se expresaron tempranamente en códigos de ética que han sido legados al saber y a la conducta en el ejercicio de la Medicina de todos los tiempos.

Durante el siglo XX y en lo que va del XXI la Medicina ha sido y es innovada sustancialmente por avances científicos sin precedentes en la historia, los

cuales han determinado modificaciones tanto en las concepciones éticas, como en las funciones prácticas.

Las sucesivas revoluciones en el terreno de la Medicina, los nuevos descubrimientos y su aplicación, modificaron los códigos existentes hasta esos momentos. Muchos de los problemas presentes en la vida cotidiana, tanto como en el terreno científico se pusieron de manifiesto en primer lugar en el campo de la Medicina retando con ello a sus basamentos morales.

Un conjunto de problemas comenzaron a ser debatidos, emergiendo los llamados dilemas éticos, allí donde en principio se presentaba más de una opción válida, más de una alternativa posible como solución de un conflicto. Así se discutió y se discute sobre la muerte digna, la eutanasia y conceptos afines, las técnicas de reproducción asistida, la distanasia, el consentimiento informado, el decir o no la verdad de su situación al paciente, los matices de la relación médico-paciente, la clonación en humanos y otras de no menos importancia y vigencia.

Aunque desde sus orígenes la Bioética no se restringe a las cuestiones puramente médicas y a los problemas de salud, si no a las intervenciones de la ciencia y el conocimiento en un amplio sentido, lo cierto es que la propia Bioética se fue afianzando en el ejercicio tanto de la práctica asistencial como en el de la investigación biomédica. Quizás por esto con fuerza se plantea que a los dos principios tradicionales de la ética médica, la beneficencia y la no maleficencia, la Bioética añadió en las nuevas condiciones históricas y científicas el principio de la autonomía del paciente y el de la justicia, que aunque no fueron descubiertos por la bioética anglosajona, sí se estructuraron en un sistema en sus marcos.⁵

Tres principios contenidos en el Informe Belmont (1978), beneficencia, respeto a las personas o autonomía y justicia, resultaron importantes en la llamada ética decisionista de la clínica médica. El principalismo bioético se presenta frente a otros esquemas conceptuales como una propuesta a la que se le reconoce más utilidad instrumental que consistencia teórica.

M. Kotow manifiesta que con los principios enunciados no se agotan las categorías de valores. Tampoco resultan homogéneos en su vertebración, ni sus límites están siempre perfectamente demarcados. Defensores y detractores reconocen estas limitaciones, pero hoy día es ampliamente aceptada su importancia como instrumentos de análisis, guías de acción y orientadores en la enseñanza de la Bioética.⁶

Se afirma que el núcleo de la Bioética se encuentra en los cuatro principios esenciales de la Bioética sanitaria los cuales actúan, tal y como se ha indicado, como guías orientadoras e instrumentos de análisis: la autonomía, la beneficencia, la justicia y la no maleficencia, de los cuales los dos últimos devienen fundamento de la ética cívica considerada de mínimos, en tanto los dos primeros lo son de la ética de máximos, opcional, pero deseable como ideales de perfección a alcanzar.

La autonomía y la beneficencia operan en el ámbito privado de cada persona, en tanto la no maleficencia y la justicia se validan en el terreno del bien común. La no maleficencia está por encima de la obligación de hacer el bien y establece límites (no matar, no agredir), en tanto la beneficencia no los tiene. Existe la obligación de hacer el bien, pero ¿quién establece sus límites?, ¿cuál es considerado el bien en una situación concreta?

Las teorías éticas están presentes en las discusiones y en las soluciones de situaciones concretas que reclaman el concurso del pensamiento bioético. F.J. León Correa reconoce la existencia de cuatro modelos éticos de referencia: la ética ontologista, la utilitarista, el deontologismo y la ética personalista.⁷

La aplicación de esas teorías ha dado lugar a diferentes modelos éticos de referencia práctica, los cuales presentan disímiles consecuencias y jerarquización de valores en cuanto a los conflictos debatidos, sobre todo en lo referido a dos cuestiones fundamentales de la bioética, el respeto a la dignidad de la vida humana y la defensa de la libertad de la persona. En su esencia transdisciplinaria, se han apoyado en metodologías y procedimientos privativos de las ciencias sociales.

Ante la diversidad de opiniones existentes, los modelos sobre la fundamentación del juicio ético dependen a su vez de las éticas que los sustentan. León Correa refiere la existencia, al menos, de cuatro de ellos: el modelo liberal radical, el pragmático-utilitarista, el modelo socio-biológico y el personalista.⁸

En cuanto a la sistematización de las propuestas metodológicas y procedimentales, J. Acosta Sariego sugiere identificar tres modelos teórico-metodológicos de fundamentación de la Bioética: la psicologizadora, la antropológica personalista, y la ambientalista y biopolítica, cada una de las cuales presenta hacia el interior, diferentes corrientes.⁹

Por su parte E. Sgreccia proyecta una idea de modelos éticos de referencia entre los que destaca la ética descriptiva y el modelo socio-biológico, el modelo subjetivista o liberal-radical, el modelo pragmático-utilitarista y el modelo personalista.¹⁰

II- Los sujetos involucrados en el acto clínico

La comprensión de la modernidad clásica respecto a las entidades que intervienen en el conocimiento, el objeto y el sujeto, fluctuó entre dos posiciones epistemológicas dicotómicas: de un lado la gnoseologización, que apostó a la relevancia del objeto en su vínculo con el sujeto, y del otro, la subjetivización que privilegió al sujeto en relación con el objeto.

La objetividad del conocimiento, en el primer caso, se subordinó a la proclamación de la independencia entre el sujeto investigador y el objeto sobre el cual se actúa. En tanto en el segundo, se pretendió establecer que del sujeto

actuante emanan los resultados de toda acción sin la incidencia del objeto de análisis.

Los progresos que aportó la modernidad a las aplicaciones tecnológicas de los conocimientos científicos, son indiscutibles. Pero las vías, caminos y fundamentos del saber científico no disfrutaban de la condición de eternos e inmutables. Dicho saber ha sido expresado tradicionalmente a través de las figuras epistemológicas de objeto y sujeto, ambos requeridos hoy de reformulaciones, en tanto, los seres humanos se involucran, como en ningún otro período precedente, en los procesos del conocimiento, en la aplicación y valoración de sus resultados.

En la relación clínica, la atención a la salud es el elemento de unión entre ambos entes involucrados. No debe olvidarse que la médula de la atención a la salud es el ser humano de carne y hueso, y como tal, vulnerable y también intersubjetivo en su esencia misma.

La salud misma se construye a diario por seres comunes y desde posiciones no siempre científicas. Es presentada no solo por el pensamiento científico-médico, si no también por el imaginario social, de donde se infiere que las nociones en torno a ella son objeto de valoración por toda la sociedad como sujeto plural y heterogéneo, aún cuando no sean equiparables gnoseológicamente el saber del médico y el del paciente.

La cultura contemporánea en la que estamos inmersos se manifiesta en lo que F. Lolas denomina “hegemonía del pensamiento tecnocrático y la racionalidad técnica”¹¹ como auténtico núcleo de esa cultura. La quintaesencia de la técnica moderna se ha filtrado por todos los poros del ser humano, copando los más recónditos resquicios de la existencia hasta llegar a apoderarse de su pensamiento.

En el ámbito de la práctica médica se han transformado de manera radical las partes interactuantes. Por su parte, el contexto social se torna cada vez más complejo y menos predecible. La relación entre médico y paciente, asentada en la confianza mutua, nunca tiene un solo sentido. No se trata de un facultativo “proveedor” y un necesitado paciente “receptor”, sino que juntos han de ser capaces de entretrejer una relación donde ambos aportan y a la vez reciben. “Solo con alguien- nos recuerda Amor Pan- se puede aprender a ser uno mismo”.¹²

Consideración y respeto elevados al grado máximo constituyen el punto de partida de la relación clínica. El ser humano posee como característica intrínseca la dignidad. La actitud de unas personas hacia otras solo será éticamente adecuada si se respeta, justiprecia y promueve la dignidad humana, si existe una disposición ilimitada e incondicionada a considerar a todo ser humano con dignidad y no con precio.

A la par con la dignidad del ser humano, existe la libertad como atributo de la persona, como valor básico para la realización de proyectos de vida.

El sistema de salud ha reflejado históricamente las relaciones sociales prevaletentes. Como ellas, ha reproducido el paternalismo, y ha reiterado el tipo de vínculo entre padres e hijos menores de edad. Es decir, el querer lo mejor para estos aún en contra o ignorando la voluntad de los mismos.

En la Medicina tradicional cabía suponer que la enfermedad hacía al paciente débil e incapaz, tanto física como moralmente. Dicha incompetencia le impedía tomar decisiones y dilucidar sobre su propia situación clínica. Era considerado un agente pasivo, de ahí hasta el propio nombre de paciente. El mandato médico se basaba en los dos principios mencionados, aunque no existía una clara definición acerca de las diferencias entre la denominación de beneficencia y la de no maleficencia desde la época hipocrática.

Se presumía que tales presupuestos hacían del médico el agente moral competente y que su actuar se guiaba en todo caso por la búsqueda al máximo del bien del paciente. Sin embargo, la historia ha mostrado casos en los cuales el médico ha buscado su bien personal y no el del paciente, razón por la cual ya aquí dejaba de existir el llamado paternalismo. No obstante, durante cientos de años rigió en Medicina el modelo de interacción presidido por la actitud paternalista con el reconocimiento implícito de que el paciente se encontraba en una situación inusual por la discapacidad y el sufrimiento, de modo que no podía velar cabalmente por sus propios intereses.

Desde cierto punto de vista, dicha relación se basa en la carencia del nivel educacional necesario en muchos pacientes para entablar en forma igualitaria su relación con el médico o en la confianza absoluta en el accionar del profesional. Enfermar significa, bajo este prisma, sentirse desamparado y requerir de cuidados y ayuda. Es difícil negar que el paciente en todo caso quede minimizado frente al médico y por su situación desee ser ayudado. De cualquier manera el paternalismo es la búsqueda del bien de otra persona desde un nivel de preeminencia que permite prescindir de la opinión de esa otra persona.

De acuerdo a estos preceptos, hasta hace muy poco tiempo las decisiones médicas habían dependido del criterio exclusivo del médico. Los médicos decidían el tratamiento a aplicar, podían manejar u ocultar la información, valerse del engaño y en ocasiones hasta de la coacción. Y no quiere decir que este panorama haya cambiado ya del todo, pero en los últimos tiempos este tipo de relación ha comenzado a experimentar una modificación sustancial.

A la ruptura progresiva del modelo paternalista algunos autores la denominan proceso de emancipación del paciente. Este proceso se inició en la segunda mitad de la década de los años sesenta del siglo XX y desde entonces ha hecho progresos ininterrumpidos hasta nuestros días, haciendo más horizontal la relación clínica.

Si un factor ha tenido un peso suficiente en este hecho ha sido la aparición de los diferentes códigos de derechos de los pacientes, los cuales han marcado la ruptura del viejo principio que sustentaba que la enfermedad acarrea necesariamente la incompetencia.

Ejemplos de lo antes mencionado son la aparición de las Declaraciones de los derechos de los enfermos y particularmente la doctrina del Consentimiento informado. Con ello ha dejado de imperar como única la ética del médico, ya que junto a ella comenzó a existir como un derecho reivindicativo, la ética del paciente, su derecho a la autonomía. En este proceso las dos partes son activas, en cuanto se toman en cuenta las opiniones del paciente y las decisiones finales son el resultado de la convergencia, a veces del convencimiento de asumir la decisión que resulte de más beneficio para el portador de la enfermedad.

Es en este sentido que se habla de democratización del proceso, en tanto el individuo enfermo debe ser informado y participar en la toma de decisiones respecto a su persona. Esta concepción se ha promovido en gran medida en la Medicina por la Bioética. Mediante sus principios se ha estimulado la deliberación en nuestras sociedades y ella desempeña un importante papel junto con el acto de educar a las personas en el ejercicio de reflexionar en conjunto sobre hechos que se relacionan con la salud humana.

El énfasis colocado en la autonomía del paciente constituye el cambio más radical ocurrido en la última etapa del desarrollo de la Medicina.

Ahora bien, ¿cuáles son los presupuestos que han permitido esa transformación?

Autonomía, según el origen griego de la palabra, significa facultad para gobernarse a sí mismo. Es la capacidad para autogobernarse, y resulta ser una cualidad inherente a los seres racionales la cual les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades evaluadas en función de sus propios sistemas de valores.

Se relaciona con la capacidad de los seres humanos de sentir, pensar, emitir juicios sobre lo que consideran bueno. Sin embargo, la existencia de esta capacidad no significa que pueda usarse en todas las condiciones. Existen múltiples restricciones para ello. Desde el punto de vista interno, su ejercicio está limitado por lesiones, disfunciones cerebrales, trastornos metabólicos, drogas, traumatismos, carencia de lucidez mental, retraso, psicosis, neurosis, etc. Con lo antes mencionado, se encuentra afectado el sustrato fisiológico que permitiría el uso de la autonomía.

Desde el punto de vista externo, su práctica puede verse obstaculizada por la coerción, el engaño, la privación de la información necesaria para la toma de decisiones. Y también por otros factores de índole social relacionados con los recursos materiales y espirituales disponibles para satisfacer ciertas necesidades de atención médica que conduzcan al acto racional de ejercer la autonomía bajo condiciones propicias.

La relación médico paciente ha estado sujeta en los últimos tiempos a profundos cambios. La Bioética subrayó desde el último tercio del siglo XX mediante el principio de la autonomía del paciente, la condición de los mismos

como agentes morales autónomos y responsables. Este precepto ha sido el resultado de diversos factores, tanto aquellos relacionados con el legado de la modernidad sobre la autonomía del ser humano como de causas científicas, políticas, filosóficas y otras. Las razones que condujeron a que la relación clínica se hiciera más horizontal, incluyendo al paciente en la toma de decisiones, se gestaron, como vemos, fuera del ámbito de la Medicina.

El ejercicio de la autonomía del paciente va unido al cumplimiento de la beneficencia, la justicia y la no maleficencia, principios cuya inobservancia convertirían en abstracto cualquier intento de reconocer la libre voluntad de la persona.

El derecho a la autodeterminación del paciente ha sido un poderoso límite para restringir el paternalismo y para impulsar la doctrina sobre el Consentimiento Informado la cual se ha ido ampliando del paciente a su sustituto, en este caso familiares o tutores. No hay más que ver la historia jurídica del mismo.

Cada ser humano es protagonista de su propia vida, por tal razón la autonomía es uno de los atributos principales de la persona, es un valor básico. Merece la pena insistir en los siguientes aspectos de la cuestión:

Los límites a la autonomía están dados por la propia capacidad del sujeto que la ejerce, así como por los derechos de otros. La libertad debe ir acompañada de responsabilidad en su sentido global, esto es, ejercerla hacia el pasado, el presente y el futuro, así como asumir las consecuencias. El diálogo y el consenso no significan el abandono de convicciones propias.

La convergencia de varios presupuestos abordados por la Bioética relaciona, en calidad de protagonistas, a las partes involucradas en el acto clínico:

A.- A partir de los avances del conocimiento biomédico, algunos realmente preocupantes en cuanto a su puesta en práctica, los sujetos sociales, cada vez mejor informados por los medios masivos de comunicación y enriquecidos por el imaginario social, demandan definiciones y respuestas a un grupo de cuestiones relacionadas con su salud y su vida, respuestas que no pueden elaborarse solo mediante la lógica científica, si no complementadas con razones éticas.

B.- Los conocimientos que se relacionan de modo directo con las ciencias de la vida requieren de una práctica reflexiva, de un constante examen crítico como itinerario intelectual cotidiano, y de la consiguiente búsqueda de argumentos en cuestiones que atañen al ser humano. La exigencia de partida de la Bioética reside en que lo moral sea incorporado al conocimiento como componente importante de la objetividad y la legitimidad del saber, lo cual presupone una propuesta de acciones para la formación de sujetos responsables en un entorno cultural que se caracteriza por la constante renovación.

C.- El pensamiento bioético enriquece la cultura médica en su más amplio sentido. Contribuye no solo a la organización y disciplina del yo interior, si no también a la comprensión de la función social que desempeña el ser humano,

por eso puede decirse que es inteligencia e intelecto, al devenir al propio tiempo conocimiento y agudeza para discernir sobre los requerimientos y retos del mundo actual.

D.-El incentivo fundamental es que tales conocimientos y capacidades se creen y reproduzcan en áreas interconectadas y no yuxtapuestas, que se fomenten no por generación espontánea, si no mediante la orientación hacia un tipo de cultura que privilegia el saber en función del bien, y el ser en función de la construcción de un nuevo paradigma en tiempos en que “la medicina se socializó, y la sociedad se medicalizó”.¹³

E.-Los valores legados por la tradición deben ser sometidos continuamente a la prueba de la acreditación, esto es, ser legitimados día a día.¹⁴

III. Cambio de paradigma y educación en Bioética.

La razón de ser de las universidades como instituciones educativas desde su surgimiento en la lejana Edad Media, radicó en la idea de lograr no solo la trasmisión de conocimientos, sino sobre todo contribuir al propósito de formar personas sabias y virtuosas, objetivo que fue perdiéndose con el transcurso del tiempo.

El relativismo moral y la presunta neutralidad axiológica que acompañó al cientificismo, subyacen como causas de los derroteros que, como tendencia, siguió la educación en ética en las universidades. Actualmente, las circunstancias que aporta la postmodernidad han contribuido decisivamente al vaciamiento de la educación en valores en el contexto de este nivel de enseñanza. Es precisamente la bioética el movimiento que preconiza alcanzar un consenso mínimo sobre valores, actitudes y normas ineludibles.

Las facultades de Medicina tienen hoy día un importante encargo social en cuanto al propósito de formar el tipo de profesional que la sociedad necesita, acorde a lo que se ha dado en llamar Tercera Misión de la Universidad. Los egresados de estos centros deben estar imbuidos de los principios éticos esenciales de la profesión, pero también conocer las dimensiones culturales y sociales de su entorno. Y más que esto, poseer los valores instrumentales que le permitan orientarse en tres sentidos: en la vertiente ética, en la espiritual y en la social en general. El cambio de mentalidad de las personas que hacen ciencia se ha tornado, junto a la ruptura epistemológica de los saberes compartimentados, una necesidad impostergable.

Y estas tres dimensiones resultan de suma importancia, toda vez que no existe un único tipo de valores que guíe la actuación clínica. Los códigos deontológicos nos muestran los perfiles de la tradición profesional, pero resultan menos dinámicos con relación a los cambios sociales, los cuales deben ser valorados desde diferentes perspectivas y con mayor grado de amplitud.

En los años sesenta en Estados Unidos se elevó el interés por situar la educación universitaria de estudiantes de Medicina en el contexto del humanismo.¹⁵ Se produjo entonces un resurgimiento de tales temáticas, incluida la ética, en los currículos correspondientes. Varias razones explican este incentivo: preocupación por los efectos previsiblemente deshumanizadores de la Medicina de alta tecnología, los costos asociados a las nuevas posibilidades de diagnóstico y tratamiento, y, por último, el quebrantamiento de la moral secular y el surgimiento de un ethos nuevo.¹⁶

Estas reformulaciones de los currículos de las carreras de Medicina muestran el inicio de la superación del modelo flexneriano, entre cuyas peculiaridades se encuentra la proyección por asignaturas con énfasis en las disciplinas biomédicas y la ausencia casi total de la formación humanista, la fuerte teorización, por sobre la práctica, es decir, el énfasis en el saber, y, en síntesis, la formación académica del ciudadano sin grandes preocupaciones ni compromisos respecto al entorno social.

Este modelo reforzó el ya existente paradigma biologicista¹⁷ imperante todavía en gran parte de la comunidad médica, aún cuando la consideración de lo social en el sector cuenta con una larga historia de argumentos irrefutables.

Resulta incongruente el hecho de que la teoría y la práctica demuestren fehacientemente la necesidad de las Ciencias Sociales para la comprensión del proceso salud- enfermedad, y por tanto la necesidad de su inclusión en el currículo de la carrera de Medicina, y junto a ello se produzca la subvaloración de lo social y en ocasiones su apreciación como lo no científico.

La existencia de dos paradigmas en Ciencias Médicas es hoy un hecho ampliamente aceptado. Su surgimiento está relacionado con hechos que conmocionaron los cimientos de esta región del saber. El paradigma biologicista se ha alimentado de los avances en las patologías celular, clínica y experimental, tanto como de los adelantos de la microbiología, la bacteriología e inmunología a partir del siglo XIX.

De tal suerte se estableció un estilo de pensar que sentó las bases durante muchos años para la aceptación de un modelo de afección originado por un agente causal sobre el cual, al intervenir, se quebraba la cadena de transmisión, restableciéndose la salud, considerada entonces como ausencia de enfermedad. Lo biológico en este paradigma se consideró como lo científico. Su fundamento filosófico es el positivismo, de donde quedó fuera de lugar el factor axiológico. El médico continuó rigiéndose por los comportamientos deontológicos anteriores cuya base es el paternalismo.

Lo anteriormente expuesto se manifiesta con claridad en el hecho de que el individuo es tratado como paciente, incluso se aborda la atención a un órgano específico en correspondencia con la superespecialización médica, pero se ignora como persona integral, se desconoce o subestima el entorno. La focalización exclusiva sobre el órgano físico relega o minimiza la influencia de lo psíquico y del medio circundante.

El segundo paradigma, el médico- social, se encuentra ampliamente argumentado por el peso concedido a los componentes sociales y del entorno en la salud humana. Su aceptación requiere del enfoque holístico y de la organización asimismo de la sociedad para actuar en sentido preventivo y educativo. La bioética es considerada como una extensión de este paradigma a la esfera de la ética médica.¹⁸

Diversos factores contribuyen a que se abriera paso, aunque lentamente, el paradigma médico-social. Algunos de ellos son el reconocimiento del componente social en la génesis o cadena causal de las enfermedades y la ampliación y visión sistémica, en virtud de sustanciosos estudios y experiencias, del concepto de salud y su relación con la enfermedad, el cual superó estrechos marcos anteriores. Todos estos ingredientes han actuado a favor del debilitamiento de la conducta ética que sustenta el paradigma biologicista y resultan condicionantes al mismo tiempo del auge de la Bioética.

Si la Bioética contribuye a explicar y comprender la realidad desde el paradigma médico-social ello se debe en gran medida a lo siguiente:

- Reorienta los conocimientos científicos hacia los componentes subjetivos que se asientan en la conciencia de las personas
- Interpreta las necesidades del conocimiento emanadas de la práctica social, como necesidades de los sujetos actuantes
- Identifica las conductas éticas que guían las aplicaciones de los conocimientos científicos
- Contribuye a identificar los problemas éticos que se derivan de la aplicación de la ciencia
- Amplía y fortalece las bases filosóficas, axiológicas y éticas del ejercicio de la Medicina
- Incrementa el sentido de la responsabilidad en la práctica médica

Rosso y Taboada ¹⁹ señalan sintéticamente los objetivos principales de la enseñanza de la ética médica al ser incluida en el currículo de Medicina:

- Permitir la identificación y el examen crítico de las propias convicciones morales.
- Enseñar a reconocer los aspectos humanos y éticos de la práctica médica.
- Entregar un conocimiento de los fundamentos filosóficos, sociales y legales de la profesión.
- Fomentar el empleo de estos conocimientos en el razonamiento clínico.

A. Couceiro-Vidal nos plantea la siguiente idea: “Es claro que la adquisición de competencias constituye el objetivo inmediato de todo proceso formativo en esta materia, pero mal se pueden desarrollar las habilidades que le son inherentes si no existe un mínimo de conocimientos. Ahora bien, tampoco sirve de mucho que un alumno conozca la teoría de la bioética si no sabe cómo aplicarla críticamente para analizar un caso clínico. Vale decir que los dos niveles son complementarios, pero también que presentan sus diferencias, pues no es lo mismo saber, en teoría, cuáles son los elementos del consentimiento informado, que tener la destreza práctica para llevar a cabo

este proceso con cada paciente. Hay, pues, un objetivo de conocimientos y otro de adquisición de habilidades, que deben plantearse conjuntamente en la formación del alumno”.²⁰

Numerosos expertos en la temática recomiendan a partir del último tercio del siglo XX, un nuevo enfoque del aprendizaje que permita al alumno adquirir, junto a los contenidos teóricos, una capacidad de juicio y de evaluación de las diversas situaciones a las que se enfrentará en el terreno de su profesión, a través del acercamiento a situaciones lo más cercanas posible a las reales. Es decir, la sustitución del orden cuantitativo (expresado en más “almacenamiento” de información), por la reforma de las mentes, cuya premisa es la modificación de los currículos vigentes.

En ello estriba la estimulación de las competencias, las cuales se definen como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes humanas que permiten una excelente práctica médica, adecuada al contexto social en el que se desarrolla el profesional. La competencia presupone una base cognitiva que incluye, como hemos visto, conocimientos, habilidades y actitudes. Pero se destaca como lo más importante a la hora de definir una competencia el hecho de que cumpla las siguientes características: relevancia en el entorno profesional, transferibilidad al estudiante y posibilidad de ser evaluada objetivamente.²¹

Encontrar una mentalidad diferente se ha convertido en los tiempos que corren en una interpelación al ser humano. Admitir que la tecnología es la panacea para resolver todos los problemas, nos conduce a reconocernos como objeto de la ciencia, y en este sentido objetos de manipulación. La intervención de la tecnología en la dinámica natural del mundo ha de estar regida por la mentalidad de lograr el beneficio para el ser humano.

Conclusiones:

1. El carácter permanente y continuado de la educación pre y postgraduada contribuye a la formación integral del profesional dotándolo de conocimientos, habilidades y valores en correspondencia con las transformaciones generadas por el desarrollo científico y tecnológico los cuales tienen particular connotación en cuanto a la salud humana.
2. Debido a que la ciencia y la tecnología han alcanzado tal poder que pueden ser capaces de aniquilar o modificar la civilización misma, una cuestión de gran actualidad resultan ser las consideraciones sociales sobre la aplicación directa de las mismas, así como del papel del factor humano en la identificación y solución de las necesidades y dilemas éticos en el terreno de la salud humana, a lo cual contribuye la Bioética.
3. Una de las vías para la superación de la dicotomía entre conocimiento y valor es la fertilización de un terreno donde se encuentren y dialoguen las ciencias y el humanismo, el cual es propiciado por el eje estructurador de la Bioética y los estudios de CTS en la educación pre y

postgraduada en Ciencias Médicas. De este modo, el propio conocimiento deviene objeto de cuestionamiento ético al tiempo que se favorece la formación de sujetos moralmente responsables.

Referencias bibliográficas

¹ Barrios Osuna I. Pensamiento médico y ética clínica contemporánea. En: Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2000: 168.

² Zamora Marín R. Consideraciones epistemológicas ante los nuevos paradigmas de la ciencia en la post-modernidad y su relación con la bioética en las ciencias médicas. Conferencia impartida en la Maestría. Centro de Bioética Juan Pablo II. La Habana, jun. 2012

³ Gracia Guillén D. De la Bioética Clínica a la Bioética Global. En: Acta Bioética. OMS/OPS: 2002; año VIII, n° 1:36-7.

⁴ Sass H M. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. En: OPS. Bioética. Temas y perspectivas Washington, DC: no. 527; 1990: 19.

⁵En 1978 se elaboró el Informe Belmont en el cual se reconocía el respeto a la opinión de las personas (autonomía), a la práctica profesional en que prevaleciera la beneficencia, y también a la justicia. A estos tres principios, Beauchamp y Childrees agregaron el de no maleficencia, aceptado hoy día como el cuarto principio de la bioética.

⁶ Kotow M. Esbozo multicultural del principalismo ético. Cuadernos del Programa Regional de Bioética; 1996; número 2, abril: p. 31.

⁷ León Correa FJ. La ética de la vida en la sociedad actual. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/content/> . Consultado 7/7/2012.

⁸ León Correa FJ. ¿Que es la bioética? dignidad humana, libertad y bioética? CB N° 12, 4º 92, PP. 5-22.

⁹ Acosta Sariego JR. Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano. La Habana: Acuario, Centro Félix Varela; 2009: 179-222.

¹⁰ Sgreccia E. Diversos modelos bioéticos y cuestiones de meta-ética. Manual de Bioética. México: Editorial Diana; 1994; págs. 60-76.

¹¹ Lolás Stepke F. Bioética y Medicina. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana; 2002, p.22.

¹² Amor Pan JR. Bioética y antropología: algunos elementos para la reflexión desde la realidad de las personas con retraso mental. En: Acosta Sariego J. Ed. Cient. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Félix Varela; 2002; 402.

¹³ Zamora Marín R. Consideraciones epistemológicas ante los nuevos paradigmas de la ciencia en la post-modernidad y su relación con la bioética en las ciencias médicas. Conferencia impartida en la Maestría. Centro de Bioética Juan Pablo II. La Habana, junio, 2012.

¹⁴ Habermas J. Ciencia y Técnica como "ideología". Madrid: Tecnos; 2010, p. 137. Citado por Zamora Marín R. Consideraciones epistemológicas ante los nuevos paradigmas de la ciencia en la post-modernidad y su relación con la bioética en las ciencias médicas. Conferencia impartida en la Maestría. Centro de Bioética Juan Pablo II. La Habana, junio, 2012.

¹⁵ El surgimiento de la bioética, sobre todo en lo tocante a dos acciones fundacionales, el Informe Belmont y las teorías de Beauchamp y Childress, establecieron las bases del principlismo al agrupar los valores morales mediante cuatro principios: los principios de no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Conocidos con posterioridad como la mantra de Georgetown, fundaron un modelo de enseñanza de la ética médica en esta universidad a partir de los años ochenta del siglo pasado.

¹⁶ Engelhardt HT Jr. y Cherry Mark S. La Bioética: Hito de las Humanidades médicas. Cuad. del Programa Regional de Bioética. Sep. 1995; no.1; p. 56.

¹⁷ El filósofo de la ciencia T. Kuhn en su obra La Estructura de las Revoluciones Científicas (1962), argumenta que el desarrollo del conocimiento científico gira alrededor del concepto paradigma como conjunto de innovaciones científicas universalmente reconocidas que durante un tiempo proporcionan a la comunidad de científicos un modelo de problemas y soluciones a los mismos. En este sentido puede afirmarse que el paradigma nuclea a los científicos alrededor de un arquetipo que sirve para explicar la realidad.

¹⁸ Pérez Cárdenas M. Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio. En: Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2000, p.265.

¹⁹ Rosso Rosso P, Taboada Rodríguez P. Ars Médica, Pontificia Universidad Católica (Chile)

²⁰ Couceiro- Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencia. Educ. méd. (Barcelona).jun. 2008; v.11 (2); 17-37.

²¹ Couceiro- Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencia. Educ. méd. (Barcelona).junio 2008; v.11 (2); p. 25.

Síntesis curricular de las autoras:

Lic. Georgina Suárez Hernández

Máster en Bioética

Graduada en Historia con especialización en Filosofía, Universidad de La Habana, Cuba, 1977, Máster en Bioética.

Profesora de Filosofía y de cursos de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS) en postgrados por más de quince años

Profesora consultante de Ciencias Médicas

Profesora titular adjunta de la Universidad de La Habana

Profesora titular adjunta Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría

Forma parte del colectivo de autores del libro de texto de la especialidad de Filosofía para estudiantes de Ciencias Médicas: Lecturas de Filosofía, salud y sociedad, Ciudad de La Habana, 2000.

Tiene publicados numerosos trabajos científicos en revistas nacionales y extranjeras

Colaboró por varios años con el Portal www.cubasi.cu donde ha publicado alrededor de cuatrocientos trabajos sobre Historia de Cuba y otros afines.

Ha participado en diversas investigaciones a lo largo de su carrera profesional

Ha participado en más de 40 Eventos Científicos dentro y fuera de Cuba.

Correo electrónico: idelio.castellanos@infomed.sld.cu

Dra. Ivonne de la Concepción González Rey, MSc

Graduada en la Escuela de Estomatología, La Habana, Cuba, 1983

Profesora de Ciencias Médicas, La Habana

Ha participado en numerosos Eventos Científicos relacionados con los temas de Bioética aplicados a su especialidad.

Es miembro de la Cátedra de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera.

Ha cursado estudios de postgrado en la especialidad de Ciencia, Tecnología y Sociedad.

Correo electrónico: concha@infomed.sld.cu