



Bioética o la necesidad de un nuevo enfoque en la formación médica

- **Jaime Escobar Triana, MD: Profesor Titular, Departamento de Cirugía, Universidad Nacional de Colombia. Profesor de Cirugía y Filosofía, Escuela Colombiana de Medicina.**

La medicina tiene enormes y profundas raíces de nobleza en la tradición evolutiva cultural de la humanidad. Con la filosofía y la religión, ha caminado en el peregrinaje incesante de buscar y darle sentido al hombre sobre la tierra. Peregrinaje y búsqueda que hoy se mantienen pero con el peligroso y erróneo camino de la medicina al haberse dejado enmarcar en los meros conceptos positivistas, para aplicarlos a un ser que no puede definirse ni encasillarse como un objeto.

Por el criterio facilista de convertirlo en un objeto para manejarlo, encerrarlo y limitarlo en la concepción materialista, en lo económico, lo monetario o lo tecnológico, dejándolo solitario en su objetualidad, desconociendo las otras dimensiones humanas, se ha llegado a un conflicto catastrófico de la práctica de la medicina y a convertir la salud en una mercancía prepagada, tratando sólo al cuerpo enfermo, lo cual es “mirar a la persona como un cadáver”.

¿Por qué entonces, si la medicina se ha dejado acorralar en esta parcialidad conceptual, los lamentos de los médicos por la pérdida del status que la sociedad siempre les ha dado a través de la historia, por su servicio, su desprendimiento, por su concepción trascendente de la persona, por su humildad y modestia al reconocer la incapacidad de vencer la muerte y las enfermedades? ¿Por qué entonces no buscar las soluciones adecuadas a la magnitud de la crisis? ¿Por qué no volver sobre sí misma en una profunda reflexión del porqué del sometimiento que reduce la praxis médica a la que digan técnicos, programadores, administradores y muchos otros cuya actividad es propia en esos campos y pueden, claro está, aportar interdisciplinariamente pero no sustituir o señalar los fines de la medicina cuyos resultados son intangibles y no ubicables en un debe y un haber?

¿Por qué los médicos no disponemos de un tiempo de reflexión en la formación sobre nuestra propia prácti-

ca, tiempo igual al que se da en la formación técnica, para rescatar la praxis y colocarla de acuerdo con las situaciones sociales y culturales contemporáneas (tan ricamente multifacéticas), sin perder el enfoque sobre el ser humano, fundamento de esa práctica, desconcentrándola de lo solitariamente biológico y adecuándola a las otras dimensiones del hombre que, sobra decirlo, son tributarias también de la salud y su trastorno y disarmonía, de la enfermedad?

¿Por qué nos resignamos a que el demeritado ejercicio de esta noble profesión, pretenda salir de su precaria situación, sin nuestro aporte filosófico y ético como base de un replanteamiento que la sociedad sabrá acoger y apreciar en su enorme valor, para rescatarla de su conflicto actual?

Se requiere un proceso de honda reflexión por parte de la medicina, en la antropología filosófica, en la historia, en la religión y la cultura, en la antropología médica, en las raíces del conflicto, para que surjan del seno mismo de la profesión planteamientos diferentes a los actuales para el ejercicio médico, adecuándolo a las nuevas circunstancias de la sociedad contemporánea; a una práctica que concilie los enfoques encontrados, que convierten el ejercicio médico actual en una batalla entre el médico y la enfermedad, cuyo campo es el cuerpo del enfermo, aislado, desligado de su contexto social, cultural y psicológico, creyéndonos invencibles con el armamentario tecnológico que no trasciende más allá de lo puramente biológico y llevándonos a la frustración y al desprecio de la sociedad.

Para buscar esos nuevos planteamientos debemos explorar el amplio concepto de salud que se tiene hoy y así incorporarnos bioéticamente en los postulados de autonomía, beneficencia y justicia sobre los cuales están dándose los primeros pasos de la nueva marcha paradigmática de la medicina y entrar en la posesión de la ética de la discusión.

Si queremos salir del conflicto no podemos continuar dando más y más de lo mismo, formando generaciones médicas en una *praxis* técnica, sin horizontes filosóficos y sin visiones amplias de la vida del hombre en la sociedad actual y sin clara conciencia de la modestia del papel del médico, que sólo se engrandece por la nobleza de sus actos al servir y actuar en esa visión superior para trascender la finitud humana.

La medicina debe rehacerse a partir de lo sido, reiniciarse desde las nuevas posibilidades que le son dadas, dialogar con interlocutores de su historia, así sea para comprobar que el acto médico se realiza sin que sepamos qué es el hombre, y por tanto, sujeto a fallas y equivocaciones y a ser humildes en nuestra actuación.

Aceptar que vivir sin calidad de vida es ajeno a un quehacer hiperactuante de la medicina, y que la medida de sus actuaciones o determinaciones van más allá en este sentido que la regulación mecánica biológica del cuerpo y el restablecimiento de la bioquímica para una vida meramente vegetativa.

El médico tiene que tener una comprensión de la vida, no sólo biológica, sino de las otras dimensiones que están y hacen el vivir: la cultura, el arte, la economía, lo técnico, la ciencia, la sociedad en sí misma. Debe ser una comprensión plural del hecho de vivir que tiene relación directa con el concepto de salud.

¿Qué valor de racionalidad tiene esto? Depende de su fundamentación última. Ante la gravedad del enfermo o ante la muerte, de alguna manera tiene el médico que hacer reflexiones metafísicas como ultimidad. Es un pensar que supone la referencia a algo que es lo fundante. ¿Cómo es esto evidente cuando estamos al lado del paciente moribundo!

La condición postmoderna, junto a la codificación, la urgencia pragmática del presente, del instante, impide enfrentar ese quehacer moral, esa tarea de la moralización individual y colectiva que suponen arraigo en el pasado, en la tradición y en el proyecto futuro.

Asimilar los avances científicos con el ritmo del vértigo y de la aceleración actual es algo que desafía la imaginación. Estamos en una sociedad que no tiene tiempo de recordar, de reflexionar, que no da un descanso, un respiro así sólo fuera para echar una mirada hacia atrás y tratar de avizorar un horizonte hacia adelante: estamos en un torrente irreflexivo llamado desarrollo del cual sin saber si es bueno o valedero nos puede precipitar hacia la destrucción.

Sin duda las tecnologías biomédicas no se escapan de ese febril avance; pero con la misma velocidad declinan muchas de ellas. Esta es una de las causas de la confusión en las conductas y determinaciones del tratamiento médico. Ante un diagnóstico, las propuestas para el tratamiento varían de médico a médico, cambiando la tradicional imagen que se tenía del médico que sabía lo que tenía que hacer.

A la especialización se llega necesariamente con todos sus inconvenientes; el único antídoto contra esto parece ser el lograr una cultura científica de los así especializados, cada vez más jóvenes, extendiéndose a otros dominios científicos, creando una relación epistemológica sobre su propia especialidad y adquiriendo un concepto histórico de su conocimiento, de su propia disciplina, para construir puntos de referencia que les permitan actuar en un campo más general.

En muy reciente investigación (1) en los Estados Unidos sobre el cambio de patrón de la práctica médica, las indicaciones para la amigdalectomía variaban de 8% en una comunidad a un 70% en otra; la indicación de prostatectomía a un paciente de 85 años varió de 15% a 65% y estas diferencias se triplican y multiplican varias veces en las indicaciones de revascularización miocárdica, reemplazos de rodilla, endarterectomías carotídeas, etc., etc. En esta parte, el estudio concluye que cuando se tratan pacientes similares con tan diferentes maneras, se crea una gran incertidumbre y se llega a la convicción de que muchas decisiones son arbitrarias.

Pero esto es apenas una muestra del conflictivo ejercicio médico de hoy. El alarmante costo de los procedimientos y de la atención en general se señala por los médicos norteamericanos como la más seria amenaza para la medicina en este momento.

Quiero señalar otro estudio que tal vez conozcan ya: el sinnúmero de demandas y juicios por mala práctica está dejando sin atención obstétrica a vastos sectores de población en algunos estados de Norteamérica; el 71% de los gineco-obstetras han sido enjuiciados por lo menos una vez y más del 25% lo han sido tres veces o más. En el estado de New York el 80% ha tenido una demanda y 42% han tenido tres o más. Esto genera unos costos altísimos en los seguros que varían desde 110.000 dólares por cada millón que se asegure hasta más de 2.000.000 dólares según los diferentes estados (2).

Pero no sólo los gineco-obstetras tienen este problema: los médicos de familia, estimulada su formación como manera de tener médicos generales, también

han sido demandados y están dejando de atender la práctica obstétrica. Como si fuera poco, las enfermeras comadronas que se han preparado para actuar en áreas rurales o desprotegidas también han corrido la misma suerte.

Menciono este hecho porque el patrón médico norteamericano, cada vez se impone más en nuestro medio con todas las secuelas que genera, y aun mayores, en un medio cultural tan diferente. Cada vez hay menos gente capaz de tomar seguros médicos en los Estados Unidos, y así hay cerca de 37 millones que no tienen ninguno y otro tanto que sólo tiene una escasa o mínima protección médica.

En los tiempos denominados en la historia como de transición o decadencia se dan simultáneamente los resurgimientos y los cambios renovadores; la historia siempre está en transición y actualmente la medi-

cina está viviendo un cambio y una revolución intelectual pues requiere un nuevo paradigma.

No podemos los médicos ser ajenos a estos cambios y para ello necesitamos un proceso formativo que incorpore al lado de la tecnología, lo social, lo antropológico, lo comunitario y la reflexión filosófica y epistemológica. De no hacerlo, perderá la comunidad médica por muchos años su papel directivo en el área de la salud. Así lo planteó el doctor Grant en la Conferencia Mundial de Educación Médica en Edimburgo en 1988: "¿Será la comunidad médica suficientemente inteligente como para tomar ahora las difíciles decisiones que le asegurarán su continuidad en su papel directivo en el área de la salud durante el próximo siglo, o la inercia podrá más, viéndose entonces una sociedad mal servida, obligada a entregar el área de la salud a otras manos?" ¡Y no estaba hablando de Colombia!

REFERENCIAS

1. Eddy DM. Medicine, Money and Mathematics A.C.S. Bulletin, 1992; 7.
2. Malkasian G. Medical Profesional liability and the delivery of Obstetrical Care. A.C.S. Bulletin, 1990; 75(8).