

La bioética y los enfoques del final de la vida

Bioethics and approaches at the end of life

Jesús Armando Martínez Gómez

Máster en Bioética. Licenciado en Filosofía. Investigador Adjunto de la Academia de Ciencias de Cuba. Universidad de Sancti Spíritus "José Martí Pérez". Sancti Spíritus, Cuba.

RESUMEN

Se aborda el estudio del por qué, siendo la bioética una ética para la vida, se ha dedicado mucha menos atención en su discurso al derecho a la vida, que al derecho a elegir la forma de morir. Ello tiene mucho que ver con el predominio del enfoque filosófico-metodológico principialista de corte anglosajón en el discurso bioético contemporáneo, el cual se analiza y se propone su complementación con el principio de la solidaridad, lo que favorecería la atención preferencial que merece el derecho a la vida como fundamental y preocupante.

Palabras clave: Bioética, principialismo, solidaridad.

ABSTRACT

This article addressed why bioethics, which is ethics for life, has paid much more attention to the right of choosing the way of dying than to the right to life. This has a lot to do with the predominant Anglo-Saxon-type principled methodological and philosophical approach in the contemporary bioethical discourse that is also analyzed. It was suggested that this approach be supplemented with the principle of solidarity, all of which will encourage paying preferential attention to the right to life as fundamental and worrying.

Key words: Bioethics, principled, solidarity.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de justicia y sobre todo los relacionados con el derecho a la vida deben estar a la orden del día del discurso bioético contemporáneo, por ser los más preocupantes. Téngase en cuenta que 18 000 niños mueren todos los días debido al hambre y la desnutrición, que 850 millones de personas se acuestan diariamente sin comer,¹ que los 10 lugares del mundo donde hay un menor promedio de vida se ubican en el continente africano, en el que también se ubica la nación con la expectativa de vida más reducida, Zimbabwe, donde la población solo puede esperar vivir un promedio de 36 años.²

Estas y otras estadísticas apuntan a que muchas personas ven adelantarse el final de su vida por causa de la desigualdad y la pobreza sin que se pueda remediar su situación. Por lo mismo, resulta contradictorio que siendo la bioética una ética que persigue, como apuntara *Van Rensselaer Potter*, "una supervivencia humana sustentable a largo plazo", se le haya dedicado mucha menos atención en su discurso a los temas del derecho a la vida que a los del derecho a elegir la forma de morir o, como es mucho más común llamarlos, a tener una muerte digna. Parece que el porqué de lo anterior tiene mucho que ver con el enfoque filosófico-metodológico que ha predominado en el discurso bioético contemporáneo: el principialista liberal, de origen anglosajón. Teniendo en cuenta lo anterior, este artículo se enfoca en el análisis de la incidencia de la metodología principialista anglosajona en el discurso bioético, sus causas, y en la propuesta de una alternativa complementaria que permita centrarse mucho más en el derecho a la vida que en el de la forma de morir, sin excluirlo.

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DEL ENFOQUE ACTUAL DEL FINAL DE LA VIDA

Las preocupaciones que llevaron a *Rensselaer Potter* a la creación de la bioética fueron verdaderamente holísticas: lograr una supervivencia útil y de gran alcance a través del desarrollo de la sabiduría de cómo usar el conocimiento en beneficio de la humanidad. El oncólogo de Wisconsin vio la necesidad de tender puentes para el desarrollo de esa sabiduría: entre las ciencias biológicas y las humanísticas, entre el presente y el futuro, y entre la ética médica y la ética medioambiental, y, en general, entre "las ideas éticas sociales ya existentes y orientaciones anticipadas". A través de los puentes, *Potter* quería llegar a desarrollar una bioética global que considerara al bienestar humano en el contexto del respeto por la naturaleza.³

La bioética alcanzó su mayor desarrollo en la biomedicina, y en tal sentido *Potter* alertaba acerca del peligro de perder la perspectiva global en el análisis moral. Es probable que el carácter más inmediato y urgente de los problemas de la clínica y la investigación biomédica,⁴ llevara al abandono del sentido original con que fuera creada la bioética y a su reorientación. Además, comparados con los demás problemas que afectan la supervivencia, los biomédicos ofrecen la posibilidad de focalizar mucho más los intereses involucrados y la elaboración de un método que permita orientar la solución de los conflictos de valor.⁵

Sin duda alguna, la bioética médica alcanzó su mayor despliegue a partir de la elaboración de la metodología principialista por *Beauchamp* y *Childress* en su libro *Principles of biomedical ethics*, en 1979. Su método dio la posibilidad de aplicar a la ética médica los principios del Informe de Belmont (1978), que una vez reelaborados permitieron identificar los valores que animaban a las partes en conflicto durante la toma de decisiones médicas. En la versión de sus creadores, el principialismo propició un amplio despliegue de la concepción liberal de la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la autonomía, en la que se otorga supremacía axiológica a esta última. Este enfoque, que sin dudas revolucionó la ética médica y permitió erradicar su concepción tradicional paternalista de corte hipocrático, se desarrolló con tendencia a sobrevalorar el plano de la privacidad y la responsabilidad del individuo por su situación de salud, en detrimento de la responsabilidad en ella de las instituciones públicas y del sistema sanitario, lo que resulta muy a tono con las reformas económicas y políticas neoliberales. Lo anterior ha conducido al predominio del análisis de los dilemas éticos de autonomía vs. beneficencia en torno a la muerte, y no de los dilemas mucho más difundidos y preocupantes en los que se enfrentan la justicia (social) y la beneficencia.

La posición teórica esbozada condicionó la supremacía alcanzada por el enfoque individualista de los problemas éticos de la biomedicina, y dentro de ellos de los llamados problemas éticos del final de la vida, con la consiguiente abstracción de los ocasionados por la falta de justicia y que condenan a la mayor parte de los que mueren. Los reclamos actuales a favor de una muerte digna llevan también el sello de esta forma de pensar. Según *Kant*, la dignidad es una cualidad intrínseca de los seres humanos, que les hace merecer un respeto especial por su condición de entes racionales y autónomos, que debe estar por encima de cualquier tipo de ponderación.⁶ Vista así, la dignidad sirve de canon a la moralidad porque permite reconocer, como formula *Diego Gracia*, que "todos los seres humanos somos iguales y merecemos igual consideración y respeto".⁷ De forma abstracta, en esto se ha logrado más o menos consenso, el problema radica en la forma concreta que asume ese respeto en condiciones históricas, en el cómo respetar al ser humano.

Los reclamos actuales a favor de una muerte digna hacen más hincapié en el derecho a elegir dónde, cuándo y cómo morir, que en la necesidad de crear garantías mínimas de atención médica paliativa para todos los que sufren a causa de una enfermedad que les condena a morir. En este enfoque no es difícil percibir los efectos de la universalización del enfoque liberal de dignidad que, en aras de evitar el paternalismo, solo busca establecer garantías a la libertad del paciente frente al poder de la medicina y los servicios de salud.

Esta concepción lleva a centrar la atención en situaciones de pacientes terminales que han tenido la posibilidad de elegir tratarse o no, y que buscan una forma de llegar al final en correspondencia con su sistema de valores, pero no repara en aquellos que han llegado al final sin tener la posibilidad de elegir, por la precariedad de su vida económica, la falta de recursos y la existencia de un sistema particular de justicia distributiva. En este sentido, la validez de una conducta autónoma que no se desarrolla dentro de un clima en el que se ofrezcan garantías mínimas de beneficencia y no maleficencia, puede resultar sospechosa cuando se ejerce el derecho a una muerte digna. Como dijera el propio *Potter*, se puede llegar a aceptar el sufrimiento inevitable de las personas por causas del desorden natural en la corporeidad biológica o el mundo físico⁸ -de hecho, según los estudios de *Elizabeth Kübler-Ross*,⁹ quienes lo padecen muchas veces terminan aceptándolo- e incluso las decisiones particulares para enfrentarlo; pero no se puede aceptar el sufrimiento de quienes sufren como resultado de la "inhumanidad del hombre respecto al propio hombre."⁸

El utilitarismo a ultranza a que dio lugar el enfoque principialista en muchas de las propuestas de fundamentación de la bioética que se sucedieron en el mundo anglosajón, llevó a que en Europa se experimentara la necesidad de reelaborarlo a tono con la tradición deontológica y los ideales de justicia del viejo continente. Las fundamentaciones europeas del principialismo por lo general se orientan a la jerarquización de los principios desde la metodología de una ética dialógica y de mínimos y máximos, que se estructura a partir del reconocimiento de la intersubjetividad de la vida moral, otorgándole especial importancia a la deliberación en el establecimiento de las normas, y a la justicia y la no maleficencia como principios jerárquicamente superiores en un sistema ético mucho más deontológico que utilitarista o liberal. Se ha llegado a comprender que el discurso bioético tiende a universalizarse y que esto es imposible sin el reconocimiento de mínimos axiológicos desde los que las personas naturales puedan elegir su proyecto de felicidad y dado el caso, también la forma de morir.

Se ha dado un paso importante para evitar el exceso de utilitarismo y el enfoque individualista de los problemas éticos de la salud, pero tal como está planteado, la bioética europea debe dar un paso más para superar el condicionamiento principialista anglosajón en dirección a una bioética global. Para ello debe proceder al reforzamiento del sistema de los cuatro principios con uno nuevo que sirva de enlace entre los restantes y los complementa para que, de acuerdo al ideal de *Potter*, el bienestar humano se pueda contextualizar en dirección al respeto a la naturaleza a escala planetaria. Se trata del principio de *solidaridad*, por las posibilidades que brinda de potenciar el respeto en todos los demás principios y de corregir las actuaciones vinculadas a ellos, sobre todo las de justicia, allí donde son más deficitarias. Si se asume este principio, se garantizaría la opción de la beneficencia y sus efectos sobre el enfoque del final de la vida. Y lo que no es menos importante, se crearían condiciones para el establecimiento del puente entre la bioética médica y la medioambiental, y en general entre la visión ética del primer mundo y la del tercer mundo en el marco de una bioética global. Con ello la bioética se podría reencontrar con su proyección originaria sin abandonar el enorme trecho ya avanzado en la biomedicina.

SOLIDARIDAD Y FINAL DE LA VIDA

El hombre es un ser social, de ahí que su vida adquiera verdadero sentido humano en su relación con los demás. Percatados de lo anterior, los modernos fundamentaron la solidaridad en la necesidad de racionalizar o limitar de alguna manera el egoísmo originario del estado de naturaleza, de forma tal que se hiciera posible la convivencia en la sociedad civil. Pero el condicionamiento social de la vida humana no justifica en sí mismo la solidaridad porque el hombre es un ser libre, y tiene derecho a elegir su forma de ser en el seno de la colectividad. Esto llevó al pensamiento moderno a luchar por el reconocimiento de la libertad de conciencia y contra toda tentativa de anular la individualidad personal en nombre del bienestar común, por el absolutismo. Por tal razón, la solidaridad se ha llegado a ver como una exigencia moral circunstancial, es decir, como algo que no se puede fundar definitivamente porque, más que en la comunidad, se basa en la diversidad. Y es precisamente en ésta donde su valor se realza porque la solidaridad verdadera se suele establecer entre personas que difieren o no están unidas, pero que deciden adherirse a la causa del otro con el objetivo de ayudar. La solidaridad entraña una obligación *in solidum*, porque, por lo general, entre las personas solidarias media un acuerdo, expreso o tácito, a través del cual conviene hacer efectivo algo que los acercará o unirá: una ayuda o dación. Los fundamentos de la solidaridad siempre dependerán de la solidez de los valores y de las convicciones por parte de quienes sellen este "acuerdo."¹⁰

Según *Adela Cortina*, la solidaridad se plasma, por lo menos, en dos tipos de realidades personales y sociales: en la relación entre personas que actúan movidas por un mismo interés en ciertas cosas o en la relación de una persona que pone su interés en otras y se esfuerza por ayudarle. Aunque el móvil parece ser distinto, en ambos casos el individuo debe ser capaz de limitar su egoísmo para poder abrirse a los demás y ofrecer algún tipo de contribución. Sin embargo, la validez moral del primer tipo de solidaridad será siempre mucho más cuestionada que la del segundo, pues, al encerrarse en el interés de su grupo, el individuo que es solidario sólo con sus compañeros corre el riesgo de comportarse injustamente frente a terceros. Por eso, señala *Cortina*, la solidaridad deviene un valor moral solo cuando es universal, es decir, "cuando las personas actúan pensando, no sólo en el interés particular de los miembros del grupo, sino también de todo los afectados por las acciones que realiza el grupo".¹¹ A lo cual se debe añadir que, al ser solidarios, los individuos deben actuar con autonomía, porque la solidaridad adquiere su pleno sentido moral cuando es voluntaria y no impuesta.

Vista así, la solidaridad es un deber imperfecto, obliga moralmente pero no jurídicamente, y es propia de una ética de máximos y no un mínimo esencial para la regulación de la vida social. ¿Cómo se puede entonces pretender que su ejercicio contribuya a complementar y corregir los demás principios en el análisis bioético? Lo anterior se logra si se asume la solidaridad desde la óptica de la ética de la responsabilidad de la que nos hablara *Hans Jonas*, cuando se cuestionaba: "¿qué le sucederá a eso si yo no me ocupo de ello?". *Jonas* entendía por responsabilidad "el cuidado, reconocido como deber, por otro ser, cuidado que, dada la amenaza de su vulnerabilidad, se convierte en *preocupación*".¹² Si asumimos la responsabilidad como deber de cuidado y preocupación por otro ser, estaremos obligados a la solidaridad, de lo contrario nos conduciremos de manera irresponsable.

El principio de la responsabilidad así entendido es un fundamento obligado de la ética del cuidado que requiere la atención de los enfermos terminales, que perderá enormemente en calidad y corrección moral si las personas que están a cargo de los cuidados no son solidarias con los que en tal estado sufren. Pero recordemos que la bioética tiende a universalizarse, y desde la perspectiva de la bioética global la solidaridad responsable debe ser global, es decir, universal y no de grupo. Esto debe llevar a practicarla más allá de las fronteras socio-clasistas y de las barreras impuestas por el actual orden socioeconómico internacional a la distribución equitativa de los recursos de salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Desde la perspectiva ética de la solidaridad responsable no se verá el final de la vida como una fatalidad que toca resolver a cada individuo, sino como una responsabilidad solidaria por toda vida humana, su dignidad y futuro. Si logramos enfocar la muerte propia desde una perspectiva responsable y solidaria, seguramente los resultados serán distintos a los que se obtienen con el ejercicio ilimitado, irresponsable, de la autonomía. Por supuesto, que este ni ningún otro enfoque podrá eludir la finitud de la vida y los reclamos a tener una muerte digna, pero incluso las situaciones relacionadas con ellos ganarán enormemente en humanidad, porque al garantizar mínimos de salud decorosos para todos haremos posible la maximización de valores que podrán contemplarse en cada proyecto de vida individual, y porque, como ya planteamos, la validez de una conducta autónoma que no se desarrolla dentro de un clima de beneficencia, puede resultar sospechosa cuando se ejerce el derecho a una muerte digna.

La solidaridad hoy se ve seriamente frenada por la globalización de la economía de mercado bajo rótulos neoliberales, que han llevado a la privatización excesiva de los servicios de salud y la disminución de los fondos públicos para prevenir y combatir las enfermedades. También han convertido a los servicios sanitarios en una mercancía de magnificencia a la que pueden acceder los más acaudalados. No olvidar que muchas de las enfermedades terminales no llegarían a serlo si se destinaran más fondos a la prevención y se reorientara la atención médica de forma tal que el componente preventivo sanocéntrico tuviera un mayor peso que el patocéntrico.¹³ Pero esto no conviene a los que lucran con el sufrimiento humano. *Potter* se percató de lo anterior cuando al analizar la ética del libre mercado, concluyó:

...es la mano rapaz la que opera en el libre mercado de una economía global que reduce la selva tropical y que vacía el mar de sus peces. La ética, así como es, no ha podido resolver el dilema de la simple justicia que equilibra los derechos humanos en contra de la ganancia máxima de una minoría.³

Castro Ruz F, también lo advirtió en la Conferencia de Naciones Unidas celebrada en Río de Janeiro en 1992, cuando expresó:

Cesen los egoísmos, cesen los hegemonismos, cesen la insensibilidad, la irresponsabilidad y el engaño. Mañana será demasiado tarde para hacer lo que debimos haber hecho hace mucho tiempo.¹⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro MJ. ¿Qué sucede si 18 000 niños mueren en un día y nadie se entera? Granma. 23 Feb 2007; Secc. Internacionales:5.
2. Revela informe de la OMS que Cuba tiene el mayor promedio de vida de Latinoamérica. Granma. 17 Abr 2006; Secc. Internacionales:4.
3. Pottet VR. Bioética puente, bioética global y bioética profunda. Santiago de Chile. Cuadernos Programa Regional Bioética. 1998(7):24-32.
4. Amor Pan JR. Introducción a la bioética. Madrid: PPC, Editorial y Distribuidora, S. A.; 2005.
5. Martínez Gómez JA. Los principios en la bioética médica. En: Martínez Gómez JA, editor. Temas de filosofía, sociedad y economía. Sancti Spiritus: Ediciones Luminaria; 2004. p.91.
6. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Espasa Calpe; 1995.
7. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: EUDEMA; 1991.
8. Potter VR. Bioethics, Bridge to the Future. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1971.
9. Kübler-Ross E. The dying patient's point of view. En: Brim GO Jr, Freeman HE, Levine S, Scotch NA, editors. The dying patient. New York: Rusell Sage Foundation; 1970. p. 20.

10. Martínez Gómez JA. Proyectos para una bioética global. En: Acosta Sariego JR, editor científico. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002. p. 224-5.
11. Cortina A. El mundo de los valores. Santa Fe de Bogota: Editorial EL Búho LTDA.; 2000.
12. Jonas H. El principio de la responsabilidad. Barcelona: Editorial Herder; 1995.
13. Thielmann K. Determinantes de salud. Potencial investigativo y estratégico de la Medicina General Integral. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2005 [citado Dic 2009];21(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500021&lng=es
14. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, en Río de Janeiro, Brasil, el 12 de junio de 1992. Granma. 3 de febrero del 2007 [sitio en Internet]. 3 Feb 2007 [citado 23 Jun 2010]. Disponible en: <http://www.granma.cu/espanol/2007/febrero/sabado3/discurso.html>

Recibido: 6 de noviembre de 2009.

Aprobado: 15 de marzo de 2010.

Jesús Armando Martínez Gómez. Avenida de los Mártires, No. 361. Sancti Spíritus, Cuba.
Telf.: 329486. E-mail: jesusarmando@suss.co.cu