



Formación Médica

Bioética e Investigación en Medicina

Carlos Alberto Gómez Fajardo*

“Cuanto mayor el conocimiento y la pericia científicos, cuanto más eficiente la aparatología para el diagnóstico y la terapia, más difícil resulta encontrar un buen médico, tan sólo un médico”.

Karl Jaspers¹

INTRODUCCIÓN

Al hacer una aproximación teórica al tema propuesto por el título parece pertinente intentar la formulación inicial de unas preguntas y definiciones simples. Sin mucha sorpresa, al afrontarlas de modo sistemático y serio, pronto percibimos que se trata en realidad de problemas fundamentales de los cuales derivan extremas y muy graves consecuencias para la práctica y, en particular, para la práctica de la profesión médica. A las preguntas: ¿Qué se entiende por “Bioética”? y ¿Qué es “Investigación”? no se las puede despachar de una manera convencional, rápida o superficial. Del mismo modo sería al menos injusto, cuando no claramente erróneo, limitar la definición de la medicina a la práctica de aquello (arte y ciencia) que tiene que ver con el alivio de un dolor específico. La medicina no es el campo de la actuación humana que guarda relación con el estudio y tratamiento de las enfermedades de los pulmones o del páncreas: estos son sólo algunos de sus dominios particulares. Podríamos afirmar, de modo parcial, pero menos incorrecto, que la medicina tiene que ver con el hombre o mujer específicos cuya integridad personal y humana (unidad cuerpo-alma, “cuerpo: lugar, signo y manifestación de la persona”) padece una determinada enfermedad. De otro modo, el problema que ahora estudiamos tiene que ver con el planteamiento de uno más, aparentemente amplio e inabarcable: ¿Qué es la Medicina?

*MD Ginecólogo-Obstetra, Hospital Pablo Tobón Uribe, Instituto de Seguro Social. Miembro de CECOLBE (Centro Colombiano de Bioética). Tribunal de Ética Médica de Antioquia. Profesor, Área de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Correspondencia: Dr. Gómez, E-mail: cgomezfaj@geo.net.co

El profesor Ramón Córdoba Palacio ha estudiado estos asuntos, nutriendo sus aportes con la vigorosa y atinada corriente de uno de los grandes pensadores españoles del siglo XX, don Pedro Laín Entralgo: “la antropología médica es un conocimiento científico del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal. Ella y sólo ella es verdadero fundamento del saber médico, aunque a veces no lo advierta el práctico de la medicina...Ahora bien: el saber propio de la antropología médica tiene a su vez otro y más profundo fundamento, la antropología general o conocimiento científico y filosófico del hombre en cuanto tal...” A Laín Entralgo, y en Colombia a la tarea de reflexión y difusión del citado profesor Córdoba Palacio, se deben completísimas e interesantes reflexiones sobre la Antropología Médica como fundamentación de la relación terapéutica.^{2,5}

De modo “funcional” podemos convenir, al menos, en que al referirnos a la Bioética, hablamos de un cuerpo organizado de conocimientos, de una estructura intelectual no improvisada, del resultado de un proceso sistemático, coherente y evolutivo de los conocimientos. Desde una concepción “personalista” de la Bioética, podríamos afirmar que esta comprende la “Búsqueda del conjunto de exigencias del respeto y de la promoción de la vida humana y de la persona en el sector bio-médico”, y para mayor claridad podemos añadir, citando a Francisco Javier León: “...a esta corriente (personalista) se debe la importancia que se da desde hace algunos años a los derechos fundamentales de la persona, con un interés manifiesto por las declaraciones de derechos, incluidos los de los enfermos, y la insistencia en unos principios bioéticos. Estos principios son, en breve resumen, **una concepción personalista de la corporeidad humana, el valor fundamental de la vida física, el principio de totalidad o terapéutico, el de la libertad y responsabilidad, y el principio de socialidad o subsidiariedad**”.^{7,10}

VALORACIÓN

Debe quedar claro que no nos referimos en este esbozo de reflexión sobre el tema de la Bioética, la investigación y la medicina al muy común y devaluado “a mí me parece”: manifestamos de manera fuerte que tiene mucho de perverso el intento tan frecuentemente esgrimido en el campo de la medicina clínica de reducir la visión sobre los asuntos de la bioética a una relativización y a un subjetivismo que no son sino expresiones de la profunda crisis en la fundamentación de los valores de la sociedad contemporánea. En medicina también los criterios de conveniencia o mera comodidad han hecho carrera, por desgracia. Esta problemática hace parte también del resultado de una global mediocridad en la formación humanística de los profesionales del área de la salud. Es nuestro propósito hacer énfasis en la situación lógica de que el hombre es un ser con una vocación ética indefectible: el hombre se halla constantemente en la

necesidad de decidir; es la vida humana, entre otros aspectos determinantes, el enfrentar de manera continua e irremediable, la necesidad de la opción. Es inevitable la valoración de estas decisiones de acuerdo con escalas de medición en términos de apropiada o no, de valores positivos o negativos, de bienes deseables y apetecibles o de males evitables: da cuenta de este hecho la existencia concreta, real, del engaño y la mentira, y de las acciones orientadas con finalidades perversas.

Para ello basta dar una mirada a las primeras páginas de cualquier medio masivo de comunicación de la actualidad: se nos presentan allí las realidades derivadas de la toma de opciones desprovista de escrutinio ético de las cuales el mundo da trágico y constante testimonio. El “mundo” de la medicina no puede escapar a ese marco. Los actos, buenos o malos, existen, no son mera cuestión de diversos modos de ver. No tiene sustentación lógica la actividad existencial del hombre privado de su condición ética. De hecho, el hombre es la criatura que ejercita su libertad.

En lo que atañe a la profesión médica, el juramento hipocrático –cuya vigencia histórica se ha mantenido incólumne a lo largo de siglos- contiene los principios fundamentales de lo que hoy definiríamos como una visión antropológica de la medicina: no se necesita una gran profundidad exegética para encontrar en la tradición griega (y por tanto en la tradición occidental y cristiana) principios tan arraigados como el respeto a la vida, la beneficencia y la preocupación por el posible efecto negativo del quehacer médico (la iatrogenia), sobre la condición del enfermo: “Haré uso del régimen en beneficio de los enfermos, según mi capacidad y mi recto entender y, si es para su daño e injusticia, lo impediré”. “No cortaré, por cierto, a los enfermos de piedra sino que los dejaré en manos de los hombres que realizan esa práctica”; todo esto sin mencionar las virtudes humanas exigidas a la persona que ejerce la profesión médica de acuerdo con el mismo contenido del juramento hipocrático (discreción, agradecimiento, sobriedad en su conducta privada), conceptos que se expresan en “Sobre el Médico”, “Sobre el Arte” y en otras partes del “Corpus Hippocraticum”.^{3,6} Los mismos valores están también presentes en la clásica “Invocación” del influyente Maimónides, médico judío español del siglo XII.

En esta tarea que nos proponemos acudimos al método de averiguar por el verdadero contenido de las palabras. Si nos apoyamos en el Diccionario de la Lengua Española para indagar sobre lo que constituye la Medicina, encontramos: “ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano”.

Sin dejar de ver obvias limitaciones en esta clásica definición, la aceptamos con algunas reservas. Una de ellas es precisamente la comprensión de la “salud” que subyace en el citado concepto de medicina.

La idea que la práctica ha verificado se aleja mucho de lo que convencionalmente dictaminara hace algunos años la Organización Mundial de la Salud, con evidente intención política y operacional. El "Arte" comprende una actividad humana específica, una habilidad, un "poder hacer"; la "Ciencia" tiene que ver con el conjunto organizado de conocimientos pertinentes a ese arte. Cabe también recordar que con "Medicina" hacemos referencia a un dominio muy especial del quehacer humano que se encuentra puesto al servicio y promoción de la persona. No se puede dejar de tener en la mira esta realidad histórica, constante y omnipresente, pese a las oscilaciones culturales, geográficas e históricas que han acompañado a la humanidad en sus modos particulares de nacer, crecer, enfermar, sanar, morir y vivir.

Pareciera redundancia señalar que el objeto y razón de ser de la medicina tiene que ver con la persona, pero son precisamente en los temas "límites" de la biografía particular de cada persona en los cuales la pérdida de este punto de referencia pone en constante peligro de destrucción los cimientos antropológicos del ejercicio profesional del sanador, quien con facilidad se convierte en todo lo contrario: aborto, eugenesia, eutanasia, experimentación en humanos, como lo demuestra la experiencia histórica. Al hablar de estos límites consideramos las situaciones de fragilidad más evidentes: la vida embrionaria, fetal, neonatal y de los primeros años; la vida de los ancianos, de los enfermos crónicos y con severas limitaciones físicas y mentales, de quienes tienen limitaciones para el ejercicio de la autonomía, los presos, los indigentes, las poblaciones sometidas a la influencias de manipulación, dominación y control. Todos estos son sujetos particularmente lábiles a lo que en un momento entienda por "persona" quien encarna el papel de médico.

La medicina tiene su campo de acción natural, aunque muchas influencias "desacralizadoras" del pensamiento pragmático contemporáneo quieran negar esta realidad, con las situaciones más esencialmente humanas que vive el Homo Sapiens: las preguntas por el sentido del dolor, del padecimiento, de la muerte, de la solidaridad humana y familiar, para anunciar algunas. El médico —aún el materialista obstinado— camina de manera cotidiana con la lancinante pregunta que le formula, de modo tácito o explícito, su paciente: "¿Porqué esto me está sucediendo a mí?". La medicina se vincula, por su propia naturaleza, con el modo de responder el hombre ante los "porqués" más esenciales.

LA TRADICIÓN MÉDICA DE OCCIDENTE

Está también inscrito en el particular "modo de ser" de la medicina, el componente de la investigación ("Ir tras la huella") como uno de sus pilares estructurales. La búsqueda de certezas, de fundamentos racionales para la acción, es uno de los alcances máximos del legado clásico a occidente. El "tekhné iatriké": saber hacer, pero

saber porqué se hace lo que se hace. El filósofo médico helénico, vá más allá del mero ejercicio de la solidaridad humana. Trata de descubrir un saber hacer de manera efectiva, eficiente y lógica. Por esta razón el "físico" necesariamente es un conocedor de la naturaleza de las cosas.

Luego de la poderosa consolidación europea (civilización occidental) que tiene lugar con la visión cristiana medieval —período en el cual se forman las lenguas, las identidades culturales y nacionales europeas que hoy conocemos— acontece la gran explosión humanista del renacimiento: Andrea Vesalio, y Leonardo da Vinci son hombres ejemplares quienes se formulan las preguntas por la descripción de la "máquina" corporal. La "Fabrica" vesaliana —definitiva para la superación de las tradiciones galénicas en los conocimientos anatómicos— es un hecho revolucionario y antecedente básico para lo que posteriormente vendrá a constituir la máxima reducción del aspecto corporal separándolo del espiritual con la visión mecanicista de Descartes. El "giro copernicano" en relación a la cosmovisión ptolemaica, la imprenta, los grandes viajes, cambian de manera radical el modo de pensar, de vivir y de ser de los europeos en los críticos siglos XV y XVI. Ambroise Paré reflexiona y actúa de manera diferente a la tradicional al tratar las heridas producidas por armas de fuego ("estudio observacional" diríamos hoy); de paso, logra elevar en el siglo XVI el estatuto social de una actividad hasta entonces justamente temida y despreciada, la cirugía. Transcurren las centurias y se sedimentan las diversas maneras de comprender el fenómeno de la enfermedad: teoría celular (Virchow), teoría infecciosa de la enfermedad (Semmelweis, Pasteur, Lister, Koch), pensamiento fisiopatológico, (observación y método experimental de Claude Bernard) y luego la Imagenología (Roentgen). Los gigantes de la medicina del siglo XIX ponen sus hombros para que sobre ellos brillen los colosos del XX: Osler, Halsted, Cushing; Williams, Pavlov, Fleming, Watson y Crick, Banting y Best.¹⁷

REALIDADES ACTUALES

El Mundo contemporáneo se acerca al cambio de siglo en medio de una avasalladora "cultura de globalización". Los principios de eficiencia, rendimiento, economía, calidad, y perfección (ausencia de defectos) impregnan con su carga de pragmatismo la totalidad de las actuaciones del ser humano, incluida, por supuesto y en modo intenso, la medicina. Se quiere reducir el acto médico a la condición de operación y puesta en marcha de manuales. Para cada situación patológica aparece una compleja red de algoritmos a los cuales el "trabajador de la salud" debe ceñirse, so pena de ser sometido a investigación por parte de los departamentos de auditoría y calidad. Cada vez más la historia clínica tiende a ser convertida en un formulario, el enfermo en una maquinaria descompuesta y el aparato diagnóstico o terapéutico en

una inversión que debe rápidamente devolver los réditos del capital que se ha invertido en él. La sustitución del paciente por el “cliente” o “usuario” tiene un alcance ideológico muy superior a la mera cuestión terminológica. Toma enorme auge en los últimos diez años del siglo la corriente de la “Medicina Basada en Evidencias”. En especial es significativa la intervención de aquellos intermediarios financieros del acto médico que buscan el rendimiento económico de sus empresas. Al adquirir la condición de “proveedores” de salud reducen esta a ser tratada como objeto de compra-venta, u otro bien de consumo. Los marcos jurídicos tienden a la normatización de una dinámica materialista de la concepción de empresa de la salud, buscando –al igual que en cualquier actividad comercial- obtener la mayor utilidad monetaria en su ejercicio.

Se puede observar la siguiente evolución en los últimos años, en relación con los mencionados “niveles de evidencia”, una especie de escala de contundencia argumentativa propuesta por la nueva metodología de la MBE (Medicina Basada en Evidencias): Al finalizar el siglo XIX e iniciar el XX el mundo académico de la medicina se nutre de la influencia de grandes personalidades clínicas: William Osler, el gran internista de la escuela del Jonh’s Hopkins puede ser el ejemplo paradigmático. Introduce el hoy llamado –con una cierta connotación negativa- “estudio no controlado”, la experiencia clínica obtenida a partir de los casos individuales y de las series de casos. Posteriormente, en un nivel “intermedio” viene a imponerse la “evidencia” generada por los estudios aleatorios, controlados (ensayos doble ciego).

Esto podría corresponder a la mentalidad prevaleciente en la segunda mitad del siglo XX. Por último, en el cuarto de siglo final, viene el “nivel superior de evidencia” dado por aquellos grandes estudios que son síntesis de ensayos multicéntricos, con sofisticados métodos matemáticos y epidemiológicos denominados “meta-análisis”. Cabe aquí anotar algo curioso sobre los diferentes “niveles de evidencia”: ¿Es posible la existencia de una escala de gradación de la “evidencia”? Si la “evidencia” consiste, como lo afirma el diccionario, en la “certeza clara, manifiesta y tan perceptible de una cosa que nadie puede racionalmente dudar de ella”, entonces no tendría ninguna lógica la proliferación de las “conferencias de consenso” (en las cuales pareciera se intentase convertir en “cierto” lo que solamente es compartido por la mayoría numérica) y sería perfectamente incomprensible el hecho normal y muy frecuente, de la existencia de discrepancias sobre temas básicos que normalmente tienen lugar entre los estudiosos de un tema. De modo harto curioso, el “nivel de evidencia” del concepto emitido por el experto queda relegado a un último lugar en esta metodología de raciocinio clínico-epidemiológico. Una suerte de “tiranía” de la concepción epidemiológico-matemática de la medicina. Quizás esta reducción

paradójica del papel del experto al de uno de los niveles de menor significación de evidencia tenga que ver con una prelación todopoderosa del elemento cuantitativo “objetivo” (análisis costo-beneficio o costo-eficiencia) en la medicina. La “evidencia” proporcionada por un individuo no lo es ante el imperativo de la metodología epidemiológica. La “evidencia” se convierte en una realidad despersonalizada, desvinculada de un individuo que la sostenga y se responsabilice de su afirmación o negación. Se convierte en mero subyugamiento a la “normatividad vigente”. Prima el anonimato y la contundencia “democrática” de quienes poseen los conocimientos.

En realidad, el arte de la verdadera práctica clínica trasciende las naturales limitaciones de la “Medicina Basada en Evidencias”. La experiencia individual, la analogía, el raciocinio clínico, son necesarios para atravesar lo que se ha denominado “zonas grises”⁹ de la práctica clínica. Es muy frecuente, más de lo que muchos epidemiólogos quisieran considerarlo, que la decisión clínica se acometa en medio de condiciones naturales de incertidumbre. Este concepto está claro para quien haya comprendido en su cabal significado el límite práctico establecido por los conceptos de sensibilidad y especificidad y valores predictivos, (positivo y negativo) con los cuales se cuantifica la utilidad de pruebas diagnósticas.

Curiosamente, hay que hacer justicia; este sí es un importante elemento clínico originado en la reflexión teórica epidemiológica.

Es imposible la absoluta certeza, aunque nuestros elevados “niveles de evidencia” contemporáneos hayan tratado de imponerla a la salud, elevando a la instrumentalización que la rodea (tecnología médica) a la altura de un ídolo. A la medicina también la contaminan el hedonismo, el consumismo, el relativismo ético, defectos propios del mundo actual. El dinero como mediador de todo viene a irrumpir en la intimidad del proceso de la relación médico-enfermo y pronto evolucionan las cosas hacia la “judicialización” de la medicina. Se ofrece en el mercado “salud”, vendiéndola en forma de aplicación diagnóstica, desprovista de preguntas sobre el “para qué” de esta clase de “salud”. Son los abogados quienes evalúan y sancionan el acto médico de manera retrospectiva y con su particular mirada técnica, con su lenguaje y su perspectiva profesional: es, al fin, el acto médico reducido a mera relación contractual entre dos partes mutuamente desconfiadas. En los tribunales se sanciona el grado de apego o desapego del clínico a la norma que el protocolo impersonal y sistemático ha impuesto. En el mercado se hace publicidad a la tecnología médica en el mismo nivel del mercadeo de cualquier bien de consumo. El corazón del ser humano es un “motor” al cual se le deben realizar periódicas

revisiones de mantenimiento, la menopausia una cascada de aplicaciones tecnológicas de diversos niveles de complejidad.

EL PROBLEMA DE LA PERSONA

Ahora bien: ¿Quién es la Persona Humana?. Esta pregunta cabe en el análisis que nos ocupa. Si, como lo mencionamos anteriormente, haciendo referencia a las consideraciones de Córdoba y de Laín Entralgo, el objeto de la medicina es el hombre, cabe preguntarse por la visión filosófica que de éste se tenga. No es la misma esta idea para un régimen totalitario marxista como el tolerado durante tantas décadas por las multitudes de los países de más allá de la cortina de hierro, que el "hombre" considerado en términos jurídicos, antropológicos, para una nación de tradición democrática liberal occidental. Dos ejemplos dramáticos pueden ilustrar la necesidad de una reflexión filosófica auténtica y profunda sobre el sentido de la persona en la investigación médica. Al repasarlos se hace evidente la necesidad de la ética, y la fundamentación de un correcto concepto de "persona" como algo que antecede y guía el "hacer" del investigador: Es muy mencionado el caso del estudio de Tuskegee sobre sífilis.¹⁵

Cuando ya se disponía del tratamiento de la entidad, se continúa un estudio con un grupo de enfermos (raza negra, bajo nivel económico) que de manera deliberada no recibe el tratamiento y sirve como grupo de control para observar el comportamiento natural de la enfermedad. Es el estudio clásico con el método experimental de casos y controles en el cual ocurre el olvido de una perspectiva humana – "¿quién es la otra persona?"- por parte del investigador. Es la demostración de cómo operan la segregación racial y social para poder tener en funcionamiento el método epidemiológico del "estudio observacional" como imperativo ético. La justicia, el consentimiento, el respeto por el hombre doliente, se posponen ante las prioridades metodológicas del epidemiólogo. Un segundo ejemplo ilustra de manera particularmente dramática este cuadro de pérdida de una dimensión antropológica de los objetivos de la medicina, en el marco de una de las más importantes y desarrolladas de sus especialidades clínico-quirúrgicas, la obstetricia. Se trata del capítulo de las reducciones fetales selectivas. Son los feticidios efectuados bajo visión ecográfica por medio de inyecciones intracardíacas de cloruro de potasio. La literatura "científica", de modo poco menos que desalmado, y evitando de manera casi sistemática el afrontamiento ético de la situación, se limita a describir con frialdad y sistema como la muerte del paciente se convierte en logro. El resultado se mide, se cuantifica, pero no se valora en términos de bondad o de perversión. Sólo se describe el procedimiento, aparentando neutralidad valorativa. Es una curiosa forma de sordera y ceguera de los "científicos" convertidos en meros tecnólogos que idolatran su poder hacer instrumental y tecnológico. Se evita de modo sistemático

cualquier interrogante sobre los propios fines de la medicina y se convierte de modo brutal la muerte del otro en logro. Esta mezcla de ceguera y sordera de tecnólogos inmersos en la adoración del ídolo del poder hacer tecnológico es una expresión de un singular apasionamiento por el poder hacer, sobre los usos y métodos de la instrumentación, sin hacer consideración a su sentido. Olvidando de modo increíble que lo que describen como hecho académico es, en esencia, el cómo hacen para dar muerte a sus pacientes¹⁶. Similares consideraciones son válidas para otros aspectos de los desarrollos tecnológicos en la reproducción asistida en humanos.¹⁶

Para acentuar la necesidad de un cabal afrontamiento antropológico del sentido de la medicina y de a quien se dirigen sus beneficios, se puede simplemente enunciar algunos capítulos íntimamente relacionados con esta desafortunada circunstancia de los tiempos actuales. Temas como el aborto, la eutanasia, el proyecto genoma humano, las ya mencionadas técnicas de reproducción asistida, vienen a superponerse a los hechos tan reales y escalofriantes como el desarrollo de armas láser y la guerra biológica. Ya estos tópicos son objeto de estudio y consideración seria por parte de autoridades gubernamentales y académicas.^{11-3,16}

Es paradójica la situación: los conocimientos médicos – como en los peores tiempos de las purgas comunistas o del nazismo- se han puesto en contra del servicio de la persona. En el caso de la eutanasia, la eugenesia y el aborto: es precisamente de la "medicina" de donde surge una mentalidad orientada hacia la eliminación selectiva de la persona; a la cual se suma una particularmente perversa manipulación del modo de presentación de los datos. Una especie de "asepsia moral" del quehacer médico encubre lo que constituye una "pasión por el objeto": algo así como si el médico se preguntase sólo "¿Qué puedo hacer?", "¿Cómo lo debo hacer?", y al mismo tiempo, de manera deliberada, no se plantease el interrogante: "¿Debo hacerlo?", "¿Es bueno hacerlo?".

Existe una profunda crisis en la definición de los valores de referencia que indican el sentido de la acción médica que es posible gracias al recientemente adquirido poderío tecnológico.

El término "tradición" puede entenderse en relación con algo precioso que se encuentra bajo nuestra tutela. Y esto tiene que ver con un legado inmemorial, algo que nos vincula, de modo histórico, de modo también jurídico y cultural, a la existencia concreta de los códigos que la humanidad ha consagrado a los médicos. Guardando las debidas diferencias, existen similitudes "genealógicas" que unen entre sí a códigos clásicos como el de Hamurabi o el de Hipócrates con las más recientes declaraciones sobre el quehacer médico. Los principios de Autonomía, Beneficencia y Justicia que inspiran fuertemente las

diversas legislaciones sobre medicina en el mundo contemporáneo, han tenido un denominador común en el código de Nuremberg ¹⁴, de 1946. Con posterioridad a éste, las declaraciones de Viena, Tokio y Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, continúan tratando de salvaguardar los valores perennes de la profesión médica. Tiene particular importancia para el medio colombiano el conocimiento de abundante legislación en la materia, pero de modo muy especial, la aún vigente ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) y la resolución 008430 de 1993, sobre la regulación de las investigaciones médicas en sujetos humanos en Colombia.

Con el juicio de Nuremberg a los médicos “investigadores” y “científicos” del régimen nazi, la humanidad contempla con indignación y asombro ¹³ hasta donde pudieron los extremos de la brutalidad de un grupo de individuos intelectualmente formados de modo “científico” riguroso, cuyos puntos de referencia sobre el sentido y la definición de la persona humana se trastornaron por diversos motivos. Aún hoy -hay que estar alertas- pensadores contemporáneos como Singer y Engelhardt ponen en duda la propia definición de la persona, bordeando límites de lo que podrían ser tremendas catástrofes en no mucho tiempo de distancia. Están ya sentadas las bases para una particularmente aterradora perversión del sentido de la medicina en esta época, cuando hablamos con creciente familiaridad de asuntos como el proyecto genoma humano, la clonación de mamíferos, los trasplantes de tejidos neurológicos de origen fetal. Cuando las posibilidades del hacer son exponencialmente crecientes. No hay que perder de vista que el grado de confusión de los autores de origen sajón llega a extremos tan desorbitados como el de llegar a limitar la condición de persona sólo a aquella “entidad” autoconsciente.¹⁹

COMENTARIO FINAL

La medicina y la investigación clínica que sustenta buena parte de sus conceptos teóricos básicos -también está sujeta, como todas las actuaciones del ser humano, al escrutinio moral: el político -al menos en la teoría- es responsable ante el conglomerado social y ante la historia, de sus decisiones y actuaciones. No es en menor grado responsable el médico, quien en últimas interviene (con todas sus virtudes e imperfecciones humanas en operación constante) en las circunstancias que modifican de modo favorable o desfavorable la curvatura existencial de su paciente. Esta aseveración tiene fundamento en la condición personal del enfermo, el cual, como unidad corporal-espiritual que efectivamente es, posee la condición de ser sujeto digno. Al igual que el médico tratante, el enfermo, persona en particular condición de precariedad y contingencia, es un ser cuyo proyecto de vida contiene inevitables proyecciones éticas.

No hay neutralidad moral en el proceso científico que parcialmente sustenta el ejercicio clínico. La neutralidad

moral argumentada por algunos investigadores es en sí misma ya una manifestación por una determinada opción, la cual generalmente -en el caso de quienes han resuelto considerarse a sí mismos “científicos”- es la evasión a la posibilidad de que su accionar “científico” sea cuestionado desde sus cimientos más fundamentales. El cientificismo afirma paradójicamente, ante la imposibilidad de brindar evidencias lógicas concluyentes, que la ciencia, por ser ciencia, ha adquirido de modo “automático” estatuto moral. Nos permitimos dar fin a estas consideraciones sobre la medicina, la investigación y la bioética con un párrafo de Hans Jonas: ⁸

“...Tenemos que saber que hemos ido demasiado lejos, y aprender nuevamente que existe un demasiado lejos. Ese demasiado lejos empieza en la integridad de la imagen del hombre, que para nosotros debería ser inviolable. Sólo como ignorantes podríamos poner mano sobre ella, y allí no podríamos ser maestros. Tenemos que volver a temer y a temblar e, incluso sin Dios, a respetar lo sagrado. Hay tareas suficientes a este lado del límite que esto establece... El estado del hombre clama constantemente por su mejora. Intentemos ayudar. Intentemos prevenir, aliviar y curar. Pero no intentemos ser creadores en la raíz de nuestra existencia, en la sede primigenia de su secreto.”

REFERENCIAS

- Jaspers L. La práctica médica en la era tecnológica. Gedisa, Barcelona, 1988.
- Córdoba Palacio R. La medicina y las ciencias. Medicina UPB 1995; 14(2):111-8.
- Serani Merlo, A. Ética, ciencia y medicina. Medicina y ética 1995; 3:283-309.
- Córdoba Palacio R. El juramento hipocrático. Por una medicina más humana. I Congreso de Ética Médica. Arquidiócesis de Medellín, 1989:11-28.
- Córdoba Palacio R. Los fundamentos de la relación médico-paciente. Anales de la Academia de Medicina de Medellín, Época V; 1989; 2(3):133-44.
- Tratados hipocráticos. Introducción, traducción y notas de María del Aguila Hermosín Bono. Alianza, Madrid, 1996: 85-8.
- Sgreccia E. Manual de bioética. Editorial Diana e Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anahuac, México, 1996: 73-6.
- Jonas H. Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad. Paidós, Barcelona, 1997: 143.
- Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence based medicine. Lancet 1995; 345: 840-2.
- León F.J. Dignidad humana, libertad y bioética. Revista Persona y Bioética 1997; 1: 125-47.
- Weapons intended to blind. Lancet 1994; 344: 1649.
- Tucker JB. Historical trends related to bioterrorism: an empirical analysis. Emerg Infect Dis 1999; 5(4): 498-503.
- Gómez Fajardo CA. Desde Nuremberg hasta los modernos códigos de ética médica. Un comentario sobre las relaciones entre la bioética y la historia. Rev Colomb Reumatología 1999; 6 (1): 31-5.
- The Nuremberg code. JAMA 1996; 276(20): 1691.
- Alarcón Nivia MA. La ética vs el abuso de la investigación clínica. Rev Colomb Obstet Ginecol 1999; 50(2): 59-65.
- Gómez Fajardo CA. Reflexiones éticas en torno al estado actual de la ginecología y obstetricia. Medicina UPB 1998; 17(2): 111-25.
- Laín Eentralgo P. Historia de la medicina. Masson-Salvat medicina, Barcelona, 1993: 482-90.
- Evans M, Dommergues M, Wagner R, et al. Efficacy of transabdominal multifetal pregnancy reduction: collaborative experience among the world's largest centers. Obstet Gynecol 1993; 82:61-6.
- Chervenak FA, McCullough LB. Does obstetric ethics have any role in the obstetrician's response to the abortion controversy? Am J Obstet Gynecol 1990;163:1425-9.