

BIOÉTICA Y COMUNICACIÓN<sup>1</sup>

Ana Rodríguez Allen

Desde hace varios años, se viene discutiendo -en foros, en revistas y en libros de carácter internacional- acerca de un novedoso enfoque dado a la ética médica tradicional: la Bioética. Hablar de Bioética nos sitúa frente a diversos tópicos: los trasplantes de órganos, la experimentación con embriones, la distribución de recursos y, en especial, delante del derecho de los pacientes de ser informados sobre su salud y de la dignidad que poseen como personas autónomas. Este último aspecto ha provocado encendidas polémicas en muchos países, puesto que la Bioética transgrede el poder médico y se presenta, además, como una zona de discusión o, si se prefiere, de confrontación entre lo moderno y lo posmoderno; es decir, del paternalismo duro al paternalismo suave. Así, uno de los aportes fundamentales que la Bioética -como filosofía moral- transmite a la praxis médica, es el cambio que ha de generarse, con la nueva visión, en la relación médico-paciente, o, en mayor amplitud, entre el sistema sanitario y el enfermo.

El impacto en el plano ético de los desarrollos tecno científicos dentro del campo biomédico, ha mostrado insuficiencia para con la comprensión científica del ámbito de la vida moral y, también, para con las preocupaciones inmediatas de los ciudadanos. Por todo ello, me parece emergente y necesario un paradigma filosófico y antropológico adecuado a esos avances. Se ha insistido, en diversos ensayos, que es fundamental impulsar el desarrollo de la medicina preventiva y no hospitalaria o curativa, porque, a pesar de que la biotecnología prolonga la vida, ésta no previene la enfermedad y no necesariamente garantiza la calidad de vida de las personas; ejemplos de ello son las enfermedades cardiovasculares o los trasplantes de órganos. Lo apunto porque en los organismos internacionales se discute hasta qué punto es posible reconocer el derecho a la salud de los ciudadanos o, en su defecto, tener acceso a un mínimo de cuidado por parte del Estado.

Esto nos coloca en el plano de los derechos humanos y de las instituciones político jurídicas. Ahora bien, como dice el profesor argentino Agustín Estévez, la Bioética, como otras tantas ideas nacidas del mundo anglosajón, es importada; su aplicación o la forma en que ella enfrenta problemas en el ámbito sanitario, encuentra grandes resistencias dependiendo del contexto sociocultural, del tipo de régimen político, de las tradiciones históricas y culturales propias del ambiente en que la relación terapéutica se desarrolla y, por supuesto, del papel que juega el ciudadano dentro del Estado. Así, el desarrollo ciudadano se regirá por el tipo de Estado en el que el individuo se encuentre: ya sea el de la vieja ética médica paternalista autoritaria y dura, o el de una más equitativa, en donde el enfermo deje de ser un objeto para su investigación y manipulación, convirtiéndose en verdadero protagonista, en un sujeto activo y autónomo de su propio cuerpo.

En Costa Rica, como en el resto de Latinoamérica, el tema de la autonomía y del respeto por los pacientes, sigue siendo un problema marginal, aún y cuando se hubieren constituido comités éticos en las instituciones de la salud y en las educativas, las cuales -se supone- deben velar por el derecho de los pacientes a la información y a un trato digno y respetuoso por parte de los profesionales de la medicina, por un lado y, por otro, de los académicos. En nuestro país, la presión colectiva a favor de la conformidad, sea en el espacio académico o en el consultorio médico, hacen que la gente tienda a tratar de “mantener la paz social”, obviando el conflicto en virtud de la homogeneidad de valores, de las normas y de las reglas morales interiorizadas, en detrimento, la mayoría de las veces, de su educación y de su salud. Por eso, resulta “natural” que ni el estudiante ni el enfermo se formen o se informen; por el contrario, los

---

<sup>1</sup> Ponencia presentada en el coloquio *Ética y desarrollo* (Universidad Nacional, Facultad de Filosofía y Letras, *Semana del 30 aniversario*, 20 de octubre del 2003).

docentes o los operadores de la salud son los depositarios de un conocimiento especializado e inaccesible para los no iniciados.

En innumerables ocasiones, he observado el silencio implacable del equipo médico ante una simple pregunta de un enfermo sobre su estado de salud, respuesta a la que tendría derecho. Dos casos lo ilustran. Una anciana de ochenta años llega a un hospital de la capital a hacerse un chequeo general de su corazón; el médico encuentra anomalías en sus pulsaciones y decide ingresarla, por un día, al hospital para observar su ritmo cardíaco sin cuestionar sus otros padecimientos. La anciana, no preparada para el ingreso, se angustia; al cambiarla de ropa, es dejada desnuda por media hora y, posteriormente, sin comer durante toda la noche. El médico no había tomado en cuenta que, además del mal diagnosticado, la señora padecía de asma y diabetes. Al día siguiente, es dada de alta, pero resfriada y con “bajonazos” de azúcar - como expresó ella misma después.

Otro caso se refiere a un anciano que llega de consulta a una clínica de una zona rural por un problema de lumbalgia. Antes de que el anciano termine de explicarle su dolencia, el médico, sin siquiera verle al rostro, empieza a prescribirle el medicamento para despacharlo. Frente a tal situación, el anciano se apresura a preguntarle si va a ser “valorado”. Sin contestación alguna, el médico extiende la receta, y el señor no tiene mejor opción que tomarla e irse.

El problema que nos muestran estos casos, es el de la incomunicación. La persona que sufre una dolencia lo expresa con cierta dificultad lingüística; por eso, el lenguaje es adaptado al dolor. Así, el ejemplo de una buena asistencia ética sanitaria depende en parte de la sensibilidad del médico para prestar atención al lenguaje fragmentario del dolor y en la capacidad para comprender e interpretar los signos de la enfermedad. Como vemos, los ejemplos confirman lo opuesto: el profesional médico adscrito al paternalismo duro no dará crédito a la expresión humana de dolor (tampoco la escucha). La palabra del paciente es la de un narrador poco fiable y, por consiguiente, son ignorados los eventos corpóreos que el enfermo sufre.

Este es el modelo clínico tradicional costarricense que intenta, en contra de los planteamientos de la Bioética, mantener un modelo de pensamiento y de comportamiento dicotómico entre médico y paciente, entre el “experto” y el “ignorante”. Es imprescindible, entonces, advertir que la Bioética, desde su moral, enarbola, entre otros muchos aspectos, la comunicación como uno de los ejes esenciales para que el tratamiento personal médico-paciente dé frutos sanos dentro de un contexto de humanidad, debiendo alejarnos de las zonas egoístas o meramente comerciales.

### **Referencia bibliográfica**

Estévez, Agustín, *Bioética. De la cuestión nominal a la caracterización de su concepto*, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca, 2002.