

**AUTORA:**

Dra. Clara Laucirica Hernández.(1)

(1) Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesora Auxiliar de la FCMM

**RESUMEN**

Se hace un análisis del surgimiento de la ética y posteriormente de la ética médica, pasando la medicina de la era pre-técnica a la era técnica; cómo se va conformando una mejor organización de los que se dedicaban a la profesión, incluso con una conducta que se sugiere en el juramento Hipocrático, paradigma de la ética profesional. Desde ese entonces se explica el modelo de relación médico-paciente paternalista que llegó a nuestros días. El desarrollo extraordinario de la Medicina en los últimos 50 años hizo que se reflexionara la necesidad de profundizar en el actuar ético y así surge la Bioética como una nueva disciplina en la segunda mitad del siglo pasado. Evidentemente los dilemas que se presentan en la práctica médica hoy día son más numerosos y complejos pero además cada vez se necesitan médicos más virtuosos que se dediquen a humanizar la Medicina. Con estas premisas se analiza la aparición de la concepción de calidad de vida en la Medicina. Se enfatiza la importancia de una consideración adecuada de su significado y aplicación, diferenciándose el criterio utilitarista y el personalista.

**DESCRIPTORES(DeCS):**

BIOÉTICA/ historia.

CALIDAD DE VIDA

ÉTICA MÉDICA/historia

HISTORIA DE LA MEDICINA

**INTRODUCCIÓN**

La ética, es decir, el conocimiento organizado de la moral, tiene una antigüedad de veinticinco siglos. Para Aristóteles, fue Sócrates su fundador, ya que éste fue el primero en señalar y definir las virtudes éticas y en cuestionar la forma como debemos vivir. La ética médica es ligeramente posterior a Sócrates, él consideraba que la Medicina era un servicio de los Dioses (Medicina Teologal). En realidad, Sócrates e Hipócrates fueron contemporáneos y formaron parte de la "era técnica" de la medicina. En la "era pretécnica" había una combinación de empirismo y magia, con un trasfondo sobrenatural y con médicos que eran sacerdotes. La "era técnica", iniciada con Alemeón de Crotona e Hipócrates de Cos, se distingue porque el médico se propone curar al enfermo, sabiendo por qué hace lo que hace, lo cuál le empuja a estudiar la naturaleza.

Para los griegos: Physis (naturaleza) era lo pleno, maduro, bello, sano. Pathos (enfermedad) algo contranatural, inmoral. El médico, que tenía la virtud de hacer volver a su cauce la Phycis era un moralista en cierta forma, porque la enfermedad colocaba al hombre en riña con lo bueno y lo bello. Si hay Pathos, no hay Ethos que significaba "orden natural", "modo o forma de vida". El enfermo (in-firmus, sin firmeza física y moral), colocado en posición de incapacitado debía ser tratado como un niño pequeño y el médico, como ordenador, tenía papel de padre. Esto explica el paternalismo que ha caracterizado a la medicina occidental. Con Hipócrates, la razón permite al médico preguntarse: ¿qué son las

enfermedades?, ¿cómo tratarlas?. Así la medicina pierde su carácter sagrado. De medicina sacralizada a razonada y el médico se hace un técnico. Hasta ese momento la profesión tenía carácter de secta, los conocimientos médicos se heredaban, se transmitían en el grupo familiar. No existía organización ni reglamentación. Esta falta de disposiciones reglamentarias del ejercicio médico en Grecia, junto con la natural desconfianza de la sociedad, indujo a la secta a dictar sus propias normas de conducta que se consignaron en un documento que pasó a la posteridad con el nombre de "Juramento Hipocrático", paradigma de la ética profesional. (1)

Como vemos, la ética general u ordinaria, iniciada por Sócrates, al señalar la necesidad de vivir bajo el mandato de las virtudes, da origen a la ética médica, iniciada con los preceptos contenidos en el Juramento Hipocrático, que a la vez señalaba el actuar médico frente al enfermo, imponiéndole una suprema regla de moral: favorecerlo, o por lo menos, no perjudicarlo. Ética Médica dependiente del "orden natural" de los griegos, fue apuntalada por los teólogos. La medicina se convierte en profesión, según el sentido etimológico (professio), es decir, con implicaciones confesionales, teologales y así el médico además de técnico virtuoso, debe ser un virtuoso moral. Eso fue muy afianzado por otras figuras, como Maimónides (moisés Ben Maimón), médico, teólogo y filósofo, nacido en Córdoba, España, hacia 1135 de la era cristiana, que en su invocación contemplaba: "Amar al arte y al hombre; indiferencia por el lucro y la gloria; respeto por la salud y la vida; respeto por la autonomía del paciente; afán por la sabiduría en beneficio del paciente; prudencia y modestia". Pese a los muchos cambios ocurridos en la sociedad en los siglos posteriores, la ética médica se mantuvo con sus mismas definiciones. (1,2)

Bien entrado ya el siglo XX, ocurrieron muchos cambios económicos, políticos y sociales, pero en la medicina hay que decir que los avances de los últimos 40 años han sido mayores en número y profundidad que en los 300 años precedentes. De manera que si se decía que al principio debía añadirse ciencia a la ética porque si no ésta sería algo vano e inconsistente, se ha señalado en la actualidad que si no se añade ética a la ciencia, ésta se convertiría en algo peligroso para la supervivencia de la humanidad. Vemos así que en 1933 un biólogo llamado Aldo Leopold escribió en "The Journal of Forestry" de los EEUU, un artículo titulado "Ética de la Conservación". Posteriormente, vivida ya la explosión atómica de Hiroshima y Nagasaki, dicho artículo, ampliado, se publicó con el título de "La Ética de la Tierra", en la revista Almanac. Por ello se ha considerado a Leopold como precursor de la Bioética, siendo el citado artículo fuente de inspiración para el médico oncólogo, profesor de la universidad de Wisconsin, Von Rensselaer Potter, que publicó en 1971 un libro titulado "Bioethics, bridge to the future". Potter, interesado también en las relaciones del hombre con la tierra, los animales y las plantas, había llegado al convencimiento de que si no se ponía freno al comportamiento del hombre frente a la naturaleza, su supervivencia en el planeta no sería muy larga. Era necesario una ética basada en el conocimiento biológico y a ello le nombró Bioética, que equivalía para él a ciencia de la supervivencia. Posteriormente la Bioética se ha ido consolidando como una nueva disciplina en la cual existen diferentes corrientes. Consideramos que la Bioética Personalista, con su fundamento antropológico, que pone al hombre al centro, se aviene con nuestra perspectiva social. Los principios que basamentan la acción bioética son los siguientes: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, involucrando para su atención al paciente, al médico y al estado. De los principios brotan reglas como son la veracidad, intimidad, confidencialidad, fidelidad que guardan un equilibrio con ellos. Ahora bien, no hay que confundir con que la Bioética se trate de un rígido tratado de principios y reglas, sino que esas son herramientas para analizar profundamente y particularmente las circunstancias. (1,3,4)

Precisamente hoy en día, en el mundo entero la necesidad de contar con médicos más humanos y compasivos es extraordinaria, teniendo en cuenta el gran desarrollo de los poderes tecnológicos de la medicina. Los mismos profesionales de la medicina se encuentran perplejos ante una multitud de problemas nuevos y dilemas de difícil solución. Evidentemente la antigua deontología profesional y la simple buena conciencia del médico no bastan. Es necesario estas nuevas herramientas conceptuales y metodológicas que la Bioética ofrece, como instancia dirigida a la defensa de las condiciones de vida y de supervivencia de la humanidad.

## DISCUSIÓN

Con todas estas premisas se va introduciendo el concepto de calidad de vida en la medicina. Esta expresión había nacido en un ámbito socio-político, a punto de partida de un discurso, que en 1964, el entonces presidente de EEUU, Lindón Jonson pronunció, diciendo que "los objetivos que perseguía no podían ser evaluados en términos bancarios, sino en términos de calidad de la vida". Dicha expresión invade escritos, discursos, estudios y programas en esa esfera, pero luego la locución "calidad de vida", toma otras connotaciones, ante todo, de carácter personalista y de valor, resaltando entre la necesidad del tener, del amar y del ser a favor de relaciones interpersonales más intensas y en orden a la exigencia de un papel social para cada persona, tomando así la concepción "calidad de vida", una perspectiva socio-cultural, también acompañada de pensamiento ecologista. Ya habíamos señalado los grandes avances de la medicina en los últimos decenios; se han logrado victorias en enfermedades infecciosas y en la prolongación de la vida, actuando sobre diferentes bases en una primera revolución terapéutica y luego se puso en marcha una segunda revolución biológica en el ámbito de la genética: luchando con enfermedades hereditarias y el cáncer. No satisfecha de estos éxitos que se pueden calcular en términos cuantitativos, la medicina se pone el problema de la calidad de vida, relacionándolo mucho con las decisiones terapéuticas referidas a enfermos terminales, vida prenatal y neonatal, asistencia y promoción del anciano, cuidados paliativos, higiene y sanidad públicas, etc. En cada sector especializado se examina el parámetro de calidad de vida, relacionado al de la calidad de las terapias. Se han establecido escalas pretendiendo medir la calidad de la vida, haciendo referencia a cuatro componentes:

- Estado físico y capacidad funcional.
- Estado psicológico y sentido de bienestar.
- Interacciones sociales y factores económicos.
- Factores éticos y de valores.

Pero justamente en este sector, donde todo parece rico en futuras felicidades, surgen gravísimas dudas y aberrantes ambigüedades. No es para borrar del vocabulario ético y la norma deontológico el concepto de calidad de vida, sino para que se conserve una acepción antropológicamente válida y positiva. El concepto de calidad de vida tendrá un significado bioético cuando se use en un juicio que indique que las actitudes tomadas para tratar un enfermo son buenas o malas y establece que uno debe sostener y proteger la vida en base a la percepción de las cualidades humanas. (3,5,6)

Muchas veces hay dificultades en definir cuáles son los elementos objetivos y los factores subjetivos en la calidad de la vida y de ahí surge otra dificultad entre a quién compete establecer los parámetros de calidad de vida, su jerarquía e importancia. Hasta que se trate de parámetros objetivos y físicos, ciertamente es el médico que puede valorar, pero cuando son factores psicológicos (expectativas de esperanza con respecto a cuidados, espera en relación a los servicios, percepción de si y de bienestar), es el sujeto que puede valorar.

Para ilustrar la gran amplitud de las exigencias que se pueden encerrar en la aspiración de una vida con calidad, basta comparar los niveles óptimos que pretendería un individuo sano y de posición acomodada, con el nivel mínimo de bienestar que consideraría suficiente un enfermo de escasos recursos. Un paciente en estadio terminal aumenta progresivamente la modestia de sus aspiraciones a la calidad de vida. A medida que la enfermedad avanza la exigencia inicial de una vida activa deja paso a una existencia sin dolor y sin graves limitaciones, y sucesivamente, a la aceptación de un número cada vez mayor de renunciaciones, hasta el punto de considerar el simple hecho de vivir como el único o casi único tesoro por el cual se ofrecen o se abandonan todas las otras cosas. Hay que recordar que el concepto de calidad de vida no es absolutamente nuevo en medicina. Ha estado siempre presente, aún sin que se le llamara así, porque es parte integral de la profesión. El médico siempre ha emitido juicios sobre calidad de vida cuando ha tomado decisiones y ha valorado los resultados de sus intervenciones. La actividad del médico siempre ha estado guiada, por lo menos en la intención, por el deseo de mejorar a sus enfermos al elegir entre tratamientos alternativos. Antes, los juicios sobre calidad de vida eran inconscientes y consistían en un deseo informe y no racionalizado. Actualmente no existen sólo alternativas entre las cuales elegir sino que se proponen exigencias que obligan a hacer consciente, visible y racional el proceso de decisión.(4,7) El potencial beneficio de la calidad de la vida constituye una fuerza operativa importante para el desarrollo de la medicina como ciencia racional, un enriquecimiento en su dimensión científico-natural como en su dimensión humanitaria. Ahora bien, es necesario conocer que la calidad de vida puede ser entendida por dos corrientes de pensamiento: la consecuencialista y la personalista.

#### • **CONCEPCIÓN CONSECUENCIALISTA DE CALIDAD DE VIDA.**

Tiene su base en los principios utilitaristas, promovidos por Jeremy Bentham (1784-1832), que afirman que se debe promover el placer, el bien o la felicidad y evitar el dolor, el mal, la desdicha. Plantea "procurar la mayor felicidad para el mayor número de hombres, es decir, maximizar la felicidad". Se puede calificar de ética hedonista. El hedonismo propuesto por los utilitaristas equipara las experiencias gozosas o agradables con lo intrínsecamente bueno y el dolor o los sufrimientos con lo intrínsecamente malo. El consecuencialismo es la transferencia a la ética de un modelo técnico de valoración. Señala que el fin de la felicidad del hombre justifica los medios adecuados para conseguirlo. Pero este esquema de "fin y medios" es totalmente inadecuado, pues las acciones éticas no son medios para la maximización de bienes extraños a la ética.(8)

El utilitarismo es la razón de fondo de propuestas tales como la eutanasia, que en general invoca la calidad de vida en términos de actividades gozosas que un individuo podría realizar en comparación con el dolor y el sufrimiento que tendría si continuara viviendo. También valorando los costos relativos y los beneficios para otras personas (familia), concluyen que los elementos satisfactorios de la continuación de la vida son superados por los sufrimientos y cargas, de manera que la muerte sería por cariño, lo cual es moralmente permisible y aún obligatorio. Se establecería una norma de calidad de vida así: Preserve la vida del paciente si espera que será una vida con significado". No habría así dificultad ética en terminar con esa vida, lo cual en definitiva se decidirá por el cálculo utilitario de las necesidades de todos aquellos afectados por tal situación.

Para los consecuencialistas es una simple aplicación práctica del programa de vida utilitario, en el cual el avance y optimismo tecnológicos son grandes aliados, pues permiten la creatividad científica y la capacidad técnica de analizar, reparar, recombinar y manipular. De esta forma se concede a la vida humana un valor relativo. Sostienen que en el pasado el médico había buscado conservar, proteger,

prolongar y enriquecer todas y cada una de las vidas humanas que estaban en sus manos y que esa postura vitalista es indiscriminada, debiendo dar paso a una nueva postura que base sus juicios en los criterios relativos a la calidad de vida. Lo fundamental no sería el mejoramiento y reparación de lo defectuoso, sino más bien el control que significa elegir, seleccionar. Así la aceptación de los defectos o la sujeción a la espontaneidad, en cuanto se oponen a un control selectivo deben considerarse posturas infrahumanas. Entonces el papel auxiliar y valorativo de la calidad de vida se ha transformado en una norma que señala los requisitos específicos mínimos de calidad que son necesarios para formar parte de la familia humana y por tanto como un elemento defectuoso, es retirado de la cadena de producción: el hombre deficiente es eliminado mediante la eutanasia o la no terapia.

Ejemplo 1: A un paciente afectado por una enfermedad incurable se le propone la siguiente disyuntiva: una difícil intervención quirúrgica que podría prolongarle la vida por seis meses más pero en muy malas condiciones, o bien no hacerla, lo que traerá como consecuencia una supervivencia mucho más breve. El paciente podrá considerar que el beneficio no compensa la carga y rechazará el medio terapéutico propuesto.

Ejemplo 2: Una madre divorciada con situación económica difícil tiene un niño con ausencia de abertura anal y lesión de columna vertebral. Con cirugía correctora el niño sobrevivirá y llegará a ser un adulto con capacidad intelectual y de relación normales, aunque invalidez física. En cambio, si no se abre el ano y sólo se alimenta con solución glucosada, morirá. Esta última decisión aliviará a la madre de la carga de cuidar un niño inválido.

Un consecuencialista argumentaría que en uno y otro caso la decisión fue tomada en base a la calidad de vida. Pero ciertamente, en el primer caso se trata de un medio extraordinario de sostenimiento de la vida, no sólo porque origine un pequeño beneficio -supervivencia penosa y breve-, sino también porque la carga -riesgo de una cirugía importante- es grande. El paciente no quiere directamente la muerte, sino que no se considera obligado a poner un medio extraordinario para conservar la vida. En cambio, en el segundo ejemplo nada autoriza a decir que la calidad de vida que ese niño llevará en el futuro justifica el no preservar su vida mediante un tratamiento sencillo. (7,9,10)

#### · **CONCEPCIÓN PERSONALISTA DE CALIDAD DE VIDA.**

Es la que se ha empleado en la profesión médica desde Hipócrates. Tiene como fundamento el respeto a la vida y a la dignidad de la persona, y por ende, a sus derechos. La persona se comprende como un ser esencialmente superior a todo lo demás que aparece en nuestro universo. Posee interioridad, capacidad de reflexión y por ello de autodeterminación, de dominio de sí. Su "yo" es singular, insustituible e intransferible. Nadie puede decir yo en su lugar y nunca puede ser tratada como medio sino como fin. (10)

Los seres humanos tienen una idéntica y permanente dignidad, que se deriva del hecho natural de que son personas verdaderamente. Si no se admitiese la dignidad del hombre y el valor de cada vida desde su comienzo hasta la muerte natural, no habría una línea racional a través de la cual se pueda defender al enfermo en situación terminal.

Monge enumera cinco valores que fundamentan la ética de la atención al enfermo:

- La dignidad de la persona y de su vida.
- El bien personal de la salud.

- El principio terapéutico de beneficencia.
- La libertad/responsabilidad del enfermo y del médico o principio de autonomía.
- La solidaridad social o principio de justicia.

La concepción personalista de la calidad de vida implica considerar a la persona humana en su dimensión corporal y espiritual y no prescindir de los deberes y derechos que le pertenecen. El equipo médico debe esforzarse para otorgar los cuidados y terapias que dentro de sus posibilidades consigan un mayor beneficio, teniendo en cuenta la propia valoración del interesado. Así también el estado, la sociedad, deben facilitar medios para lograr una calidad de vida satisfactoria (principios de sociabilidad y subsidiariedad). Además la persona tiene el deber de buscar una adecuada calidad de vida porque es un valor que ayuda a la consecución de otros importantes objetivos: trabajo, promoción de la familia y la sociedad, etc. (7,9-11)

El conflicto surge al querer cualquiera de las partes mencionadas determinar qué calidad de vida se debe alcanzar. Para que haya conducta adecuada hay que tener presente que el valor fundamental es la vida. En definitiva, la estimación de un nivel óptimo de calidad de vida depende tanto de las circunstancias personales como sociales y también del tipo y calidad de la atención que se puede otorgar. Escuchamos muchas veces la expresión siguiente: "tal paciente tiene una mala calidad de vida", se está haciendo una comparación con otros y ello no es adecuado. El problema es luchar y otorgarle la calidad de vida que le corresponde según su estado, sea un enfermo terminal, un encefalópata, un moribundo o un paciente con catarro. El objetivo no es limitar, comparando unas vidas con otras, sino proteger y mejorar la vida individual en todo lo posible. Todo esto apunta perfectamente que por esta vía de profundo respeto a la vida, lo cual es primario y radical, es que la búsqueda de calidad de vida se considera éticamente válida y positiva, siendo un criterio auxiliar y complementario, bajo la óptica de humanización de la medicina que nos ha caracterizado. Recordando siempre el principio terapéutico de "primero curar y si no es posible, al menos aliviar y siempre consolar". Desgraciadamente, ante situaciones en las que parece que la medicina ha fracasado, puede darse cierto abandono del paciente y en ocasiones los tratamientos y cuidados pueden ser insuficientes. Esto explica la insistencia en los momentos actuales de desarrollar la medicina paliativa, que con profundo sentido solidario, ofrece la posibilidad de un actuar más sistemático, científico y humano en la etapa final, de manera que podamos hablar de lo que es verdaderamente "muerte digna".(12,13,14)

La calidad de vida debe entenderse también en sentido ecológico y no sólo sanitario-hospitalario. Es obvio que no se puede hablar de protección a la vida humana sin abordar el problema de las condiciones ambientales de vida, tanto en cuanto a la preservación y supervivencia de la humanidad como en cuanto a la promoción de la salud y de la calidad de vida.

Cuando analizamos todas estas cosas y nos disponemos a iluminar, resaltar y afianzar muchas concepciones y criterios presentes en nuestro diario desempeño, nos unimos plenamente a las palabras del poeta Novalis: "Si los hombres quieren avanzar un paso en el dominio de la naturaleza externa con el arte de la organización y la técnica, antes deben haber dado tres pasos hacia el interior de la profundización ética".(15)

## CONCLUSIONES.

Nuestros antecedentes en cuanto a la importancia del actuar ético, se remontan a los albores de la medicina hace veintiséis siglos, pero se ha hecho presente en los últimos decenios una disciplina que permite un análisis más sistemático y organizado de nuestra labor en la relación médico-paciente, en la toma de decisiones, en abordar los dilemas que se nos presentan en la práctica clínica, la Bioética.

A la luz de los principios que se establecen en la Bioética, muy relacionados con nuestra tradición hipocrática, pero enriquecidas por las necesidades actuales en pro del paciente, se analiza el criterio de Calidad de Vida, que abarca no sólo el ámbito sanitario-hospitalario, sino que tiene un sentido ecológico. Es importante resaltar el verdadero significado de este criterio, su valor extraordinario cuando seamos capaces de asumirlo desde una óptica de profundo respeto a la vida humana. Nuestro elevado concepto de la Humanización en la Medicina nos hace sentir la necesidad de profundizar en que nuestro diario desempeño esté caracterizado por la apreciación de que ese ser humano a quién va dedicada nuestra labor merece, no sólo que seamos excelentes científicos, sino médicos virtuosos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Torres F. Temas de Ética Médica. México: Giro Editores LTDA; 1995.
2. Durand G. La Bioética. Paris: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.; 1992.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Nueva York: Oxford University Press; 1989.
4. Urbón M G. Consideraciones sobre los fundamentos de la Ética Clínica. Rev Cuadernos Bioética 1998; IX( 35): 528-31.
5. Sgreccia E. Respeto a la Vida y búsqueda de la Calidad de Vida en la Medicina. Aspectos Éticos. Roma: Dolentium Hominum; 1995.
6. Porras del Corral M. Biotecnología, Derecho y Derechos Humanos. Publicaciones Obra Social y Cultural Caja Sur. Córdoba: Maser; 1996.
7. Sgreccia E. Cuestiones emergentes en el campo de la Bioética. Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica 1998; IX( III): 393-406.
8. Santiago de M. ¿Consenso en la Ética Clínica? Grupo de investigación en Bioética de Galicia. Rev Cuadernos Bioética 1998; IX(35): 504-11.
9. Vega J, Castilla A. Aspectos bioéticos de la Calidad de Vida. Conferencia dictada en la Universidad de Valladolid. España: Valladolid; 1994.
10. Thomas H.: Eutanasia, ¿Son igualmente dignas la acción y la omisión? Grupo de Investigación en Bioética de Galicia. Rev Cuadernos Bioética. 2001; XII(.44): 1-13.
11. Gracia D. Problemas de fundamentación de la Bioética. Farreras Rozman. Medicina Interna. 1995; I(XIII): 34-6.
12. Iceta Gavicagogeascoa M. Futilidad y Toma de Decisiones en Medicina Paliativa. Córdoba: Publicaciones Obra Social y Cultural Caja Sur; 1997.
13. Rodríguez JC, Gómez Gracia E, Fernández-Crehuet J. El consentimiento informado. Aplicación en la práctica clínica. Grupo de Investigación en Bioética de Galicia. Rev Cuadernos Bioética 2000; XI(43): 402-12.
14. Pastor GL, León C F. Manual de Ética y Legislación en Enfermería. Mosby: Times Mirror International; 1997.

## **SUMMARY.**

A review is carried out about the initiation of ethics and later on about medical ethics, following the medicine from the pre-technique period; how does a better organization is being conformed from those dedicated to the profession inclusive with a behavior suggested in the Hippocratic oath, professional ethics paradigm. Since that time, the paternalist model of physician-patient relation is explained and arrived till the present days. The extraordinary development of medicine in the last 50 years made it to meditate about the need to deepen into the ethics performance and this is how Bioethics emerges as a new discipline during the second half of the past century. Evidently, the dilemma that shows up, currently, in medical practice is greater and more difficult and in addition, more virtuous physicians who should dedicate themselves to humanize the medical career are indeed needed. With these premises the presence of life quality conception in medicine is reviewed. It is emphasized the importance of an adequate consideration of its significance and application, differentiating the utilitarian criterion and the personalists.