

ENTRE LA FILOSOFÍA DE LA MEDICINA Y LA BIOÉTICA: ENTREVISTA CON EL DOCTOR MARK WAYMACK¹

SHANNON ANNE SHEA*

Mark Waymack es profesor de filosofía en el Universidad de Loyola Chicago. También es un miembro del Centro Buehler por el Envejecimiento, profesor de Cátedra del programa de Ética Médica y Humanidades en la Escuela de Medicina de la Universidad de Northwestern, así como profesor de Cátedra en el Instituto para la Ética de Salud del Instituto Neiswanger de la Universidad de Loyola Chicago. Su libro, *La filosofía de la medicina*, está en prensa.

En los últimos ocho años el profesor Waymack ha elaborado varios trabajos en conjunto con médicos y académicos de México y América Latina. Ha participado frecuentemente en congresos y eventos relacionados con la Ética Médica y la Bioética en México. Sus ponencias han provocado reflexiones profundas sobre las cuestiones eternas de la práctica médica.

Filósofo, escritor, y consultor de médicos; el profesor Waymack ha contribuido mucho al campo de la Filosofía de la Medicina. Siempre trae a su objeto de estudio los métodos de Sócrates y Aristóteles donde pregunta a profundidad sobre nuestro tópico, no simplemente para meternos en ideas complejas y a veces confusas, sino para traer luz a ámbitos en donde merece ser considerado por su importancia y su potencial afecto por la vida de las personas.

¹ Entrevista realizada el 1 del noviembre de 2008.

* Profesora-Investigadora del Departamento de Humanidades y Directora del Posgrado en Estudios Humanísticos del Tecnológico de Monterrey, Campus Ciudad de México. sshea@itesm.mx

¿Qué es aquello que puede aportar un filósofo en el ámbito de la medicina?, o ¿por qué el campo de la medicina necesita la ayuda o el análisis de los filósofos? ¿No sería suficiente contar simplemente con expertos dentro del campo, tales como doctores o investigadores?

La medicina es un excelente ejemplo de una disciplina o práctica en la que predomina la organización interna. La mayor parte de la educación médica es dada por doctores. La membresía en organizaciones médicas, incluyendo la certificación en las barras, es igualmente otorgada por médicos. Adicionalmente, las críticas a las prácticas médicas provenientes de círculos profesionales externos son normalmente objeto de burla y desechadas con el argumento de que los no médicos no conocen de la materia y por lo tanto no pueden ser considerados jueces competentes respecto a las prácticas médicas.

La ventaja general de esta cohesión interna es la aplicación de estándares a largo plazo. En consecuencia existen, por lo tanto, pocos doctores “renegados” que adelanten prácticas no estandarizadas y que puedan ejercer prácticas perjudiciales potencialmente. Sin embargo, la desventaja obvia es que se están pasando por alto ideas críticas provenientes de afuera de la profesión de manera sistemática.

Teniendo en cuenta lo anterior, la innovación en la medicina tiende a provenir de dentro de sus fronteras. El poder de la socialización en la formación de los médicos causa que el hecho de mantener un discurso crítico de la medicina no ocurra dentro de la misma profesión. Sin embargo, la sociedad cambia constantemente: nuestras estructuras económicas, condiciones de vida, noción de “buena vida”, ideas sobre el conocimiento, y posibilidades tecnológicas están cambiando. Sería imprudente asumir que el paradigma de práctica médica adecuado para Hipócrates o incluso para la sociedad del siglo XIX, sea necesariamente el mejor modelo para la actualidad o para el futuro.

¿La medicina es una práctica que involucra sólo el cuerpo? ¿El modelo científico de la medicina ha objetivizado la enfermedad hasta el punto que se ha perdido al paciente como persona? Basado en las preguntas eternas, lo que cuestionamos hoy en día es si tiene un contexto ligado con los cambios en la cultura y la tecnología, los cuales han causado cambios importantes. Por ejemplo: Considérese el crecimiento exponencial en el campo de la farmacéutica especializada en neurología: ahora tenemos drogas para estar contentos, menos deprimidos, con menor ansiedad, menos tímidos, más atentos. ¿Hasta qué punto queremos, como sociedad, darle a la medicina la tarea de hacernos más felices? ¿El hecho de ser bajito es un problema médico? Si se considera que el colesterol alto es un asunto que debe ser tratado médicamente porque

vivir en esas condiciones puede ocasionar enfermedades cardiovasculares, entonces: ¿por qué no considerar la extrema pobreza como un problema médico (teniendo en cuenta que ésta conlleva un aumento en las enfermedades)? No existen reglas dentro de la naturaleza, entendiendo por éstas las que existen en la física o en la biología, que respondan, de forma definitiva, a este tipo de preguntas. ¿Quién realiza entonces estas elecciones? Y ¿en qué argumentos se basa para explicarlas o defenderlas?

Los filósofos, en todo caso, por el entrenamiento que reciben y por sus personalidades, están inclinados a hacer justo este tipo de preguntas, que pueden ser difíciles de plantear o incluso de imaginar por aquellos doctores que han sido completamente culturizados por el paradigma que actualmente se encuentra vigente. Por lo tanto, encuentro sumamente valiosa esta perspectiva externa: la de los académicos humanistas. Y mientras pienso que la filosofía, como disciplina, tiene mucho que ofrecer para pensar y discutir constructivamente, también considero que otras disciplinas de las humanidades (literatura, arte, etcétera) tienen perspectivas valiosas que pueden ser igualmente tenidas en cuenta. Tomando prestada una frase popular desde el punto de vista de la educación médica ortodoxa, estas disciplinas pueden ayudarnos a “ver más allá de nuestras narices”.

En su libro, usted alega que actualmente los doctores practican una especie de hermenéutica. Ellos interpretan los relatos de sus pacientes. ¿Podría explicar un poco más sobre esto?

Una característica fundamental de nosotros como personas es que somos biográficos. El mero conteo biológico de mi cuerpo no podría captar adecuadamente quien soy. Contrario a los objetos, nosotros somos sujetos. Esto significa que nosotros somos conscientes de nuestra experiencia de vida. No tenemos únicamente experiencias sino que podemos reflexionar a través de ellas. Usamos tanto la narrativa como el pensamiento biográfico para situarnos frente a una comunidad en particular y diferenciarnos como individuos únicos en una comunidad más grande. Considere cómo nos presentamos a otra persona, especialmente a alguien que no conocemos con antelación: le decimos quiénes somos al informarle partes de nuestra autobiografía (quién es mi familia, a dónde fui al universidad, qué estudié, dónde trabajo, quiénes son mis amigos, qué espero estar haciendo en un par de años, etcétera).

Todo esto nos hace, como pacientes, dramáticamente diferentes a los materiales usados por los científicos en los experimentos. Nosotros, como pacientes, acudimos a los doctores por alguna razón específica se dice: *nuestro* motivo.

Algo anda mal con nosotros y por lo tanto necesitamos buscar la ayuda de un doctor. Entonces, en ese encuentro inicial entre doctor y paciente, el médico le pide al paciente que le cuente por qué lo está consultando. Le está pidiendo entonces su historia médica.

Dado que cada individuo es único, la historia que cada uno de nosotros tiene para contar va a ser, en cierto sentido, única. Tal vez yo nunca haya tenido ciertos síntomas particulares con anterioridad y el médico no me haya examinado antes. En mi subjetividad mis síntomas son considerados como totalmente únicos y el doctor nunca haya visto antes algo así. Lo que los estudiantes de medicina aprenden es una gran gama de generalidades. Ellos han sido instruidos respecto a la diabetes en general. Han asimilado la neumonía en general. Ellos han aprendido varias teorías sobre enfermedades cardiovasculares, todas las cuales se dieron en una forma muy general. Entonces ¿Cómo se supone que un doctor debe racionalmente llegar a un diagnóstico y a recomendar un tratamiento para mí, aparentemente un individuo único?

La respuesta, considero, es que los doctores toman mi historia subjetiva de síntomas narrada en primera persona y la transforman en una de aquellas “historias médicas” sumamente generalizadas. Por medio de la interpretación, edición y, en algún sentido, traducción de mi historia personalizada y subjetiva, los médicos la convierten en una historia más objetiva y crean la historia “médica”. Así, el dolor vago que tengo en la espalda baja se convierte en la historia médica de una “hernia discal”. Mi inhabilidad para tocarme atrás con mis brazos es una “capsulitis adhesiva”.

Esto ocurre necesariamente debido a que las historias médicas generalizadas son las que guían a los médicos hacia las diversas opciones de tratamientos específicos. “Me duele mi hombro” no ayuda a decidir qué tratamiento médico se debe aplicar. Pero la comunidad médica sí tiene unos protocolos específicos respecto al tratamiento para “capsulitis adhesiva”.

Gran parte de las traducciones médicas pueden ser hechas fácilmente por el doctor. Puede ser que no esté muy consciente del proceso en sí mismo. No obstante, cuando el diagnóstico no es tan evidente, el procedimiento de interpretación, edición y traducción se vuelve más obvio.

El paciente se convierte entonces en algo parecido a un texto, pero en uno que algunas veces está muy codificado. Entonces, el doctor se vuelve un intérprete que tiene como tarea convertir esa historia subjetiva, única e incompleta del paciente en una historia “médica” funcional.

Lamentablemente, la educación médica contemporánea pretende que todo esto esté dotado de objetividad científica. La medicina, argumenta la retórica, ha dejado finalmente el sentimentalismo, la debilidad y los elementos no científicos

detrás. Me temo que este tipo de ideas sobre la educación médica refuerza en los nuevos doctores el malentendido respecto a qué es lo que ellos realmente hacen. Aún más, por desatender la discusión respecto a las habilidades interpretativas de los médicos, los planes de estudio están dejando a los doctores jóvenes mal preparados enfrentar las tareas que ellos realmente van a afrontar. Lo que necesitamos ciertamente son doctores que estén bien preparados, no sólo dentro de la ciencia, sino que además sean hábiles lectores y editores de narraciones.

Gran parte tiene relación con ser un lector hábil. ¿Qué es lo que no se está diciendo en la narración? ¿Por qué está estructurada la historia de esta forma y no de otra? ¿A qué otras historias está haciendo referencia? ¿Qué es lo que hace que la fluidez del argumento sea insatisfactoria? ¿Cómo necesitaría ser editado? ¿El narrador ha ubicado en su relato el género o contexto más apropiado? ¿Cuál sería la forma adecuada para darle sentido a un fragmento específico de una narración, que posiblemente tiene contradicciones internas? ¿Habrá algo importante que el narrador no sepa cómo expresar o que quizá tema decir? ¿El narrador está siendo muy ostentoso o humillante?

Yo diría que los médicos clínicos actualmente están involucrados diariamente con este tipo de preguntas, pero los planes de estudio y el proceso de la socialización médica no los prepara necesariamente para enfrentar estos retos.

Usted realiza un gran esfuerzo para explicar o definir qué son la medicina y la práctica médica. ¿Qué es lo que tiene esta área que hace tan importante al realizar lo que para muchos puede parecer obvio?

La medicina —y con esto me refiero a su práctica—, es un término que todos damos por sentado. Presumimos que sabemos qué es la medicina. En última instancia, todos hemos ido al doctor y todos hemos sido medicados por algo a lo largo de nuestras vidas. También hemos presenciado que familiares estén bajo el cuidado de médicos. Es así, como presumimos que sabemos de qué estamos hablando. Pero yo pienso que en realidad nuestras ideas sobre la medicina son bastante vagas.

Algunos ejemplos podrían ayudar a aclarar el punto. Muchas personas aseguran que la medicina trata de salvar o preservar la vida. Si esto fuera así, querría decir que los médicos al cuidado y tratamiento de pacientes con enfermedades terminales estarían excluidos de la práctica de la medicina, pues su objetivo no es preservar la vida sino evitar el sufrimiento. Similarmente, el simple eslogan —preservar o salvar la vida— incluiría a muchas personas que nosotros no consideraríamos como médicos: los salvavidas en las albercas, o

el funcionario de salubridad pública encargado de localizar alguna bacteria en particular que podría afectar los suplementos alimenticios.

Algunas personas podrían sugerir que la medicina trata sobre el alivio del sufrimiento. Sin embargo, si ése fuera el caso, ¿por qué no se incluye dentro de la medicina a los psicólogos o a los sacerdotes como practicantes de la medicina? y ¿por qué se excluyen a los acupunturistas o a otros practicantes de medicina alternativa que tienen cierto éxito haciendo sentir mejor a sus pacientes?

En otro orden de ideas, podríamos preguntarnos si todos los médicos trabajando como médicos están necesariamente practicando la medicina. Por ejemplo, ¿practica necesariamente la medicina un patólogo forense que trabaja para la policía? (Esta persona ciertamente no está concentrada en la salud de sus pacientes ni en liberarlos de su sufrimiento, pues todos ellos ya están muertos). ¿Un psiquiatra ejerce la medicina particularmente si se tiene en cuenta que usa un modelo de curar a través de la “terapia verbal” en vez de medicamentos? Y, ¿podría decirse que un cirujano plástico que opera cuerpos sanos por motivos no médicos está ejerciendo la medicina?

Sí, en cierto sentido estas son preguntas conceptuales. Pero la forma en la que las contestemos tendrá resultados prácticos importantes. ¿Debería el seguro médico reembolsar por tratamientos de acupuntura? Si decidiéramos que no, entonces muchos pacientes, que serían potenciales beneficiarios, no estarían en capacidad de pagar dichos procedimientos. Si pensamos que la medicina es, o debería ser, sobre conservar o salvar la vida, entonces por qué no se dedican más recursos médicos a medidas de salubridad pública dirigidas a salvar más vidas en vez de utilizar las relaciones tradicionales como la que se presenta entre un solo paciente y su doctor? Una vez más, los médicos van a tener dificultades haciendo este tipo de preguntas debido al entrenamiento que reciben, a la socialización usada dentro de la medicina y a sus intereses personales y profesionales.

Continuando, ¿qué es entonces la medicina y la práctica médica de acuerdo a Waymack? ¿En qué sentido son diferentes sus definiciones a las de los demás involucrados en estos debates y qué hacía falta en ellas?

Concentrémonos en lo que generalmente conocemos como “medicina general”. En efecto, la medicina trata de preservar la vida, pero no es exclusivamente eso, como lo deja claro el ejemplo de la medicina que se dedica a pacientes terminales. Además, si las metas principales son preservar la vida, promover la salud o prevenir enfermedades, entonces los esfuerzos de salubridad pública son mucho más exitosos que la práctica médica ordinaria.

Considero que lo que podría ser distintivo de la medicina como práctica, es el encuentro existente entre médico-paciente y la preocupación directa por el paciente enfermo en particular, la que hace la diferencia principal entre la salubridad médica y la práctica de medicina es el marco en dónde se encuentre, es decir, en tanto como paciente, como persona y no sólo como enfermedad. Y nuestra noción de práctica médica tiene sentido, como un conocimiento esencialmente de compasión, y de una respuesta particular al sufrimiento humano. Como seres humanos somos vulnerables a las lesiones y a las enfermedades que implican sufrimiento. Dentro de nuestro sufrimiento y nuestros miedos deseamos, entrañablemente, que otros los reconozcan y respondan ante ellos. La salud pública, por su parte, aunque es sumamente efectiva en mejorar las condiciones y la salud de la población, no está orientada a reconocer y responder al sufrimiento de las personas de manera individual. La medicina por su parte sí lo hace.

Desafortunadamente esta descripción de la medicina deja fuera a muchos médicos, como es el caso de los radiólogos, los patólogos, etcétera, para quienes el contacto directo con los pacientes no resulta ser una característica fundamental de su trabajo. Sospecho que nunca vamos a encontrar una definición que incluya todo lo que queremos incluir y excluya todo lo que queremos excluir. Al final, tendremos que acordar que la “medicina” indica un grupo de prácticas cercanamente relacionadas, pero entre las cuales no existe ningún hilo conductor que las una a todas (y sólo a ellas).

¿La filosofía de la medicina es lo mismo que la bioética?

Considero que la filosofía de la medicina es diferente a la bioética, aunque en ciertos puntos coincide.

En primer lugar, la bioética incluye tópicos externos a la medicina. Por ejemplo, se ocupa de la comida genéticamente procesada, de la propiedad de formas de vida creadas en laboratorio, de la justicia y polución e, incluso, del calentamiento global. Considero que este tipo de preguntas, sólo como ejemplo, se encuentran por fuera de la filosofía médica.

De igual forma existen cuestiones y preguntas dentro de la filosofía de la medicina que están de alguna forma por fuera o que son tangenciales a la bioética. Por ejemplo, conceptualmente: ¿cómo se diferencia el ser un paciente a ser un ser humano? ¿Qué es el conocimiento médico? Y si nos es posible contestar esta pregunta entonces, ¿cómo podemos enseñar medicina efectivamente? ¿Qué es una enfermedad? ¿Es una especie de objeto ontológico o algo más cercano a una idea abstracta? ¿En qué se diferencia la medicina, en su naturaleza, de la salud pública?

Teniendo en cuenta que la práctica médica afecta inevitablemente a las personas versa en cierto sentido sobre ética. Así, cualquier pregunta médica se convierte en una cuestión bioética. Pero, a pesar de que dicha afirmación puede ser cierta en un sentido muy reducido, pienso que se corre el riesgo de convertirse en una verdad de poca utilidad. Así, mientras reconozco que el tipo de preguntas planteadas anteriormente puede tener implicaciones éticas, tiendo a pensar en ellas, no en un sentido estrictamente ético, sino más bien como otro tipo de preguntas filosóficas.

Tradicionalmente, la bioética ha tendido a enfocarse en el principio y en el fin de la vida —especialmente en los dramáticos hechos relacionados con el aborto, la clonación y la eutanasia—. ¿Cuál piensa que debería ser el foco de atención de la bioética hoy en día?

Parece que la psicología humana nos hace sintonizarnos con lo dramático y esto a veces implica que excluyamos las preocupaciones grandes pero mucho menos dramáticas. Si hay un accidente aéreo y mueren 20 o 30 personas, ese evento se convierte en una noticia de primera plana. Sin embargo, un número mucho mayor de personas mueren a diario en las carreteras. Pero, dado que los accidentes automovilísticos ocurren con frecuencia, ya no son noticia. Creo que el mismo tipo de fenómeno ocurre con la ética biomédica.

Debido al drama, este tipo de preguntas respecto al inicio y fin de la vida despiertan las pasiones más profundas y provocan grandes debates. Los médicos de las salas de emergencia que regresan del filo de la muerte a pacientes, los científicos locos que crean vida en un tubo de ensayo, los médicos que matan pacientes, todos estos son temas atractivos para la televisión o para las películas. No obstante, la verdad es que los médicos ordinarios encargados de cuidados primarios que proporcionan vacunas o que brindan alivio a las enfermedades crónicas, pueden hacer mucho más para ayudar a sus pacientes. ¿Cuántas personas sufren diariamente de osteoartritis agobiante? ¿Cuántas sufren de la enfermedad de Parkinson o de Alzheimer? ¿Cuál es la trayectoria de la incidencia de la fiebre del dengue en América Latina? ¿Hasta qué punto la pobreza y la desnutrición son la causa de enfermedades médicas? La prevención de las enfermedades y el cuidado de aquéllas con condiciones crónicas no resultan chocantes ni extrañas para la mayoría de nosotros. Estos temas no son considerados como novedades y rara vez se convierten en un drama. Sin embargo, estos asuntos tienen un mayor grado de afectación en el bienestar humano que la clonación humana. Además, el conocimiento y las habilidades en la medicina pueden hacer una gran diferencia positiva en esas áreas del sufrimiento humano.

El reto, entonces, se convierte en esforzarnos a combatir la indiferencia frente al sufrimiento común.

El desarrollo que ha tenido la tecnología ha llevado a discutir cuestiones relacionadas con la diferencia entre estar dispuesto a hacer algo o el deber de hacerlo o no. Extender la vida de bebés prematuros o de personas muy enfermas es un claro ejemplo de ese tipo de uso de la tecnología. ¿Qué otras áreas piensa que son importantes para el estudio y consideración, entre lo que es posible y lo que se debe de hacer?

Creo que es posible analizar este problema en términos de buenos o malos resultados. En muchos sentidos, las innovaciones médicas pueden llevar a resultados negativos. Un simple ejemplo es que, hace unas décadas, algunos países utilizaban una droga llamada Talidomida para tratar las náuseas matutinas en las mujeres embarazadas. Era bastante efectiva, pues reducía la náusea y el vómito durante el embarazo, pero retrospectivamente tenemos conocimiento de que la Talidomida causó miles y miles de casos de defectos de nacimiento: algunos bebés nacían sin brazos o piernas aunque presentaban aletas como manos o pies pegados a sus hombros o caderas. El resultado, sin necesidad de decirlo, probó ser peor que el beneficio ofrecido y la “Talidomida” fue sacada del mercado. De forma similar, en Estados Unidos, los médicos durante un tiempo trataron el acné juvenil irradiando la glándula de la tiroides. Sin embargo, años más tarde estas personas sufrieron un índice muy alto de cáncer de tiroides. Una vez más, los malos resultados aventajaron los beneficios logrados.

Un ejemplo complicado fue mencionado por usted: la tecnología usada para tratar bebés prematuros. Lo que ha ocurrido en ese ámbito es que hace algunos años los bebés de 35 semanas eran considerados como prematuros, presentaban muchas dificultades médicas y morían con frecuencia. Así, la tecnología neonatal se fue desarrollando e hizo posible “salvar” a neonatos de 35 semanas. Sin embargo e inevitablemente, esa misma tecnología fue utilizada para tratar bebés prematuros de 30 semanas. Una vez más, aumentó el número de esos bebés que sobrevivían pero presentaban altas tasas de lesiones de por vida, incluyendo ceguera y retraso mental grave. Nuevamente, los científicos trabajaron y lograron que las vidas de esos bebés de 30 semanas fueran mejores; sin embargo esa misma tecnología fue utilizada para “salvar” la vida de bebés de 27 semanas de gestación. Ahora, en vez de que todos ellos murieran, algunos sobrevivían presentando lesiones a largo plazo y severos problemas médicos. Entonces, cada avance en la tecnología neonatal aumenta la posibilidad de vida para algunos neonatos pero al mismo tiempo “salva” a bebés aún más jóvenes

los cuales están frecuentemente condenados a una vida de sufrimiento personal y una dependencia de intervenciones médicas de por vida. Cuando se empezó a desarrollar la tecnología a nadie se le ocurría “salvar” bebés con 27 semanas de gestación, pero ése ha sido el resultado.

Al extremo, algunos pensadores nos harían resaltar ciertas áreas donde la innovación sería posible, pero con el potencial de traer consecuencias terribles además de sus beneficios. Ellos piensan que en estos casos simplemente no debían trabajarse. De esa forma, evitaríamos asumir la responsabilidad de causar el tipo de daño y malos resultados que buscamos sortear. En ese sentido, hay quienes argumentan que la clonación o modificación genética de comida, por ejemplo, son tecnologías que deberíamos simplemente no buscar o incluso, si se desarrollan, no deberíamos usarlas.

Sin embargo, este tipo de razonamiento deja de lado lo que los economistas llaman “costo de oportunidad”. Esencialmente, aunque es posible que hayan resultados negativos para cada innovación, también es probable que se presenten resultados favorables. Si decidimos no buscar hacer innovaciones, aunque estamos evitando hacer un daño potencial, también estamos evitando obtener los posibles beneficios. La fertilización *in vitro* es un ejemplo de ese reto. En los años setentas algunos bioéticos argumentaban apasionadamente que la fertilización *in vitro* iba a terminar dañando a la sociedad y resultando en bebés monstruos que iban a sufrir terriblemente. Treinta años más tarde, la fertilización *in vitro* es usada y aceptada ampliamente y ha ayudado a facilitar el nacimiento de alrededor de cientos de miles de bebés sanos, quienes disfrutan de una vida feliz y han traído igualmente alegría a sus familias. Además, cultivos genéticamente modificados han probado ser muy importantes en la alimentación y crecimiento de la población mundial, especialmente frente a los cambios climáticos que aparentemente afectan adversamente a los más pobres del hemisferio.

¿Cuál será el resultado que se dará? ¿Serán los beneficios superiores a los daños? Siempre habrá incertidumbre en el futuro, así que (incidentalmente como en la práctica médica) debemos aprender a tomar decisiones acertadas frente a ésta.

Traducción

© SARA CAROLINA SANTANA

Fecha de recepción: 03/11/2008

Fecha de aceptación: 08/12/2008