

El principio de la autonomía en la ética de mercado de la reproducción asistida

The principle of autonomy in the market ethics of assisted reproduction

José Andrés Guijarro Ponce

Ginecólogo

Director de Zaida, Espacio de Salud

Ginecólogo en Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Con escasas excepciones, casi cualquier texto bioético de las últimas décadas se basa, como uno de sus pilares fundamentales, en el sacralizado principio de autonomía del paciente. Cualquier intento de matización o cuestionamiento suele interpretarse como una resistencia a abandonar el poder que proporciona el papel paternalista de médico-sacerdote y a asumir el nuevo rol más democrático y horizontal de mero asesor técnico. Pero no es cierto que la evolución de uno a otro modelo sea tan sencilla y lineal, ni que ese cambio de paradigma en la relación médico-paciente sea realmente el que caracteriza los cambios de las últimas décadas. Y mucho menos que ese nuevo modelo, supeditado a la suprema autonomía del paciente, sea necesariamente incuestionable y deseable.

Los sistemas médicos arcaicos indo-iraní, egipcio y asirio-abilónico, por limitarnos a nuestra herencia cultural de occidente, sí estaban centrados en la figura de un médico-sacerdote. Este rol suponía la prolongación de la omnipotencia divina y su función era indagar en el pecado

cometido para recibir tal castigo en forma de enfermedad y encontrar la forma más adecuada de expiación. En la tradición judaica el papel del médico práctico nunca tuvo buena aceptación y en los textos bíblicos la esterilidad es, junto con la muerte y el destierro, uno de los principales castigos divinos por incumplimientos de las normas religiosas.

Pero aunque el papel de los médicos-sacerdotes se mantendrá, en forma de catarías, ensalmadores, iatromanteis, meloterapeutas, servidores de los templos de Asclepio y apóstoles de los diversos cultos místicos, hasta el ocaso del mundo antiguo; en la Grecia del siglo V a.n.e. se origina una gran metamorfosis en la medicina no teúrgica ni mágica que dará a luz a nuestra medicina occidental. Estos médicos griegos de hace 25 siglos que, según el bioeticista norteamericano Mark Siegler, comenzaron la “era del paternalismo”, constituían ya un oficio más o menos artesanal (una *tékhnē*, en el sentido más modesto de la palabra) muy alejada de esa imagen de médico-sacerdote que se quiere contraponer a la actual. El trabajo de estos *perideutas* era

Correspondencia: José Andrés Guijarro Ponce
guijarro@zaidasalud.com
SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: fertilidad@editorialmedica.com

considerado como servicio público (el médico, el adivino, el arquitecto y el bardo eran llamados *démioergoi* o «trabajadores para el pueblo»), que podía aprenderse en ciertas «escuelas» profesionales y era luego practicado en una sola ciudad o viajando de una polis a otra. El pago de los servicios tenía lugar en función de los resultados y esta es en buena medida la clave de que en los textos del *corpus hipocraticum* sean el diagnóstico y el pronóstico los objetivos principales de su fisiología, pues son las herramientas que permitían al profesional en cada caso decidir si hacerse cargo o no de un paciente, en función de sus probabilidades de sanar.

Aunque durante la Edad Media la pérdida de los saberes escritos, entre ellos los médicos, reduce la atención sanitaria de cierta calidad a los centros religiosos, y la medicina monástica vuelve a establecer cierta relación entre medicina y religión, en modo alguno se vuelve a esa ya antigua relación sacerdotal entre médico y paciente. Sí que influye enormemente el concepto de caridad cristiana en el surgimiento de los hospitales. En ellos pobres y peregrinos, sin capacidad de ganarse el sustento diario por su enfermedad, eran atendidos en sus necesidades físicas y espirituales, más que médicas, mientras la voluntad divina se encarga de sanarlo. En estas instituciones sí que encontramos esa relación de obediencia y dependencia del atendido respecto a las normas y criterios de su benefactor. Pero esta relación, tan propia de la atención benéfica institucional, no solo la religiosa, poco tiene que ver con la verdadera atención médica de la nobleza y las clases dominantes y de la que, en los siglos posteriores empezarán a proveerse las clases adineradas de la incipiente burguesía. Más adelante, el siglo de las luces, con su confianza en los avances científicos, afianza la idea de que la función del médico es poner todo su conocimiento y habilidad al servicio de la curación y de la voluntad de quien lo paga, sin obligaciones en cuanto al resultado.

No será hasta el surgimiento de las naciones-estado en el siglo XIX que surja el concepto tan denostado de sujeto pasivo obligado a obedecer sin discutir las indicaciones de alguien situado jerárquicamente por encima en beneficio de un bien superior. El paradigma que elimina la nueva idea de autonomía del paciente no es tanto el de médico-sacerdote, hace mucho abandonado, sino el de corresponsabilidad con la salud del colectivo que se creó a raíz del surgimiento de los estados nación y se consolidó con los sistemas de salud pública. La caída del Antiguo Régimen con las revoluciones burguesas suponía que el esfuerzo económico de los ciudadanos no se destinaba ya al mantenimiento de las clases no productivas (nobleza y clero) sino que era una contribución para el bien común. Y el Estado era el responsable de gestionarlo. Así, desde la creación de

los estados-nación, uno de sus fundamentos es el ser transmisor de la solidaridad de cada ciudadano mediante sus impuestos para que todos sus compatriotas puedan disponer de una atención médica de calidad. Este compromiso conlleva también, cuando se es beneficiario de dicha solidaridad, la contrapartida moral de obedecer y seguir las instrucciones médicas para colaborar en la propia recuperación según los parámetros técnicos prescritos.

La instauración de estos sistemas fue un triunfo de la lucha sindical y tuvo siempre en contra al gran capital y a las corporaciones médicas. Este modelo acababa con la separación entre una atención médica elitista de las clases altas y una beneficencia para los menos pudientes. La clave era la consideración de la salud como un derecho y no como un privilegio.

La gestión de los pilares básicos de una sociedad, no solo atención médica sino educación, transporte, seguridad, energía, comunicaciones,... fueron consolidándose durante el siglo XX y permitieron el desarrollo tras la II guerra mundial de lo que conocemos como estado del bienestar. Dado que la gestión de todos estos servicios ha sido siempre un suculento pastel perseguido por el capital privado, este consiguió durante décadas evitar su completo desarrollo en USA y otros países y estuvo siempre detrás de acabar con el llevado a cabo en Europa.

Encabezadas por los gobiernos de Ronald Reagan y Margaret Thatcher y dirigidas por economistas de la llamada escuela de Chicago, durante los años ochenta, se ponen en marcha a nivel mundial políticas agresivas de lo que más tarde se afianzaría como neoliberalismo económico. Su leitmotiv fue la libertad individual y permitió reconducir el ambiente reivindicativo y contracultural de la década anterior. El ciudadano es libre y no está para obedecer al estado sino es el estado el que debe servir al ciudadano.

Tras la victoria aplastante de esta propuesta desde los partidos liberales y conservadores, no se tardó mucho en conseguir que también en los partidos socialdemócratas y de izquierdas se acabase abandonando la idea de que el objetivo era conseguir poder para implantar unos cambios políticos que acabasen con injusticias y desigualdades. Los viejos debates ideológicos entre diferentes doctrinas o interpretaciones fueron sustituidos por el único mandato de escuchar al ciudadano. Caducadas las ideologías y las utopías sociales de una élite política, los sondeos pasan a ser quienes establezcan las prioridades y alcanzar el poder deja de ser una herramienta para pasar a ser el objetivo. El político deja de ser un líder paternal que guía la sociedad a un modelo más justo sino un mero funcionario que gestiona los intereses, siempre cambiantes, de sus votantes.

Esta es también la clave en el cambio de paradigma de la relación médico-paciente, no muy diferente de la relación político-votante. El médico ya no está para decirle al paciente lo que debe hacer sino para proporcionarle asistencia meramente técnica de forma que el paciente consiga lo que libremente decida buscar. Y para ello, una estrategia básica es la confusión intencionada entre objetivos y medios instrumentales. En el esquema político la llave para hacer saltar el paradigma anterior fue la sensación de corrupción institucional de las democracias parlamentarias occidentales. En el paradigma médico una buena parte del argumentario se basó en la dependencia de la ética y los intereses médicos de una moral católica cada vez más cuestionada en occidente. Durante el siglo pasado esto dio lugar a enormes conflictos entre las instituciones médicas y la población civil o pueblo médico en torno a diferentes y recurrentes temas, en buena parte relacionados con nuestra especialidad. Paradigmática fue en las primeras décadas del siglo XX el debate en torno a la analgesia y la intervención en el momento del parto o su inducción. Las décadas siguientes vieron tremendos enfrentamientos entre activistas civiles en defensa del derecho a la contracepción y las instituciones médicas y los lobbies religiosos que imponían en ellas sus patrones morales. En las últimas décadas el campo de la reproducción asistida sigue sin conseguir emanciparse de las mismas ataduras.

En la defensa del principio de autonomía no se plantea la posibilidad de que el paciente tenga unos conocimientos técnicos equiparables o superiores a los del médico y deba establecerse un debate de igual a igual entre ambos para elegir el mejor camino hacia un objetivo compartido. Lo que se reclama es el fin de la imposición de unos objetivos basados en unos valores morales impuestos por el catolicismo o incluso por el pragmatismo nacionalista de un darwinismo social creciente en la primera mitad del siglo XX que no necesariamente son compartidos por el paciente. Un debate que seguimos arrastrando desde hace más de un siglo y seguimos lejos de solucionar completamente respecto a cuestiones eugenésicas y el derecho a la interrupción libre y voluntaria de un embarazo complicado o no deseado, el papel estatal en el control de las libertades individuales frente a enfermedades infectocontagiosas o el derecho individual a una muerte digna en el momento y la forma libremente elegidos. En general el debate claramente no resuelto sobre los derechos individuales del paciente, los del médico y el papel regulador del Estado en los casos de conflicto ético entre diferentes posicionamientos morales.

Esta lucha activa durante décadas de la sociedad civil por liberarse de ciertos dogmas morales desfasados o no compartidos que se querían (y quieren) hacer pasar como inse-

parables de la deontología médica hace difícil oponerse a la propuesta de bajar al médico de su autoasignado pedestal de autoridad moral y limitarlo al papel de un mero proveedor de servicios. Pero igual que hizo con la rebeldía individualista de los años setenta, el mercado ha conseguido reconducir esta reclamación de la sociedad civil precisamente sacralizando el principio de autonomía por encima de cualquier otra consideración moral. No es el médico quien debe decidir ya nunca más qué está bien y qué está mal, qué es lo correcto y qué lo inaceptable, simplemente debe satisfacer las demandas de sus clientes. Más aun en el campo de lo que ha venido a llamarse medicina satisfactiva en la que podemos incluir tanto la medicina estética y plástica como la reproductiva y la anticonceptiva, donde el bien perseguido no es tan absoluto y universal como la vida o la salud y depende de los deseos y los valores de la paciente, pudiendo ser, por ejemplo, tanto conseguir un embarazo como evitarlo.

Este cambio supuso convertir inicialmente la conversión de paciente a usuario, sujeto poseedor de determinados derechos frente al estado o las instituciones proveedoras de servicios. Y de usuario a cliente, individuo capacitado para discernir cuales son sus objetivos y prioridades, también en salud, y cuales las estrategias diagnósticas y terapéuticas que desea para su consecución. El siguiente paso, en el que estamos inmersos en un proceso ya bastante avanzado, es el cambio de cliente a consumidor. Sujeto para el que la única limitación a sus propósitos es su capacidad económica, al que le son ajenos los objetivos comunes o la justa distribución de los recursos y cuyas aspiraciones están marcadas y dirigidas por el marketing y la promoción publicitaria. El consumidor no tiene ya por qué aceptar las indicaciones paternalistas del médico como los pacientes, ni reclamar sus derechos al estado proveedor de servicios como el usuario. Ni siquiera negociar cual es la mejor estrategia terapéutica como el cliente. El consumidor solo tiene que elegir la oferta más atractiva de un mercado siempre adaptado a sus exigencias y conseguir el dinero para pagarla. El consumidor puede entender no tener el suficiente poder adquisitivo para costear su objetivo, que siempre podrá buscar en mercados low cost, pero no que se le impongan limitaciones ajenas a lo meramente económico. No ya de tipo moral, sino en buena medida ni tan siquiera de tipo técnico o científico. A fin de cuentas, si por alguna de estas trabas se le cierra una puerta, ahí está el mercado y la publicidad para abrirle muchas otras. Por supuesto, el consumidor no quiere que el Estado haga de mediador requiriendo mediante impuestos su dinero para aplicarlo con decisiones paternalistas que limitan su derecho personal a la libre elección. Y no quiere que ni Estado ni institución

científica alguna limite sus pretensiones. Y, como contrapartida, la atención al consumidor deja de basarse en la empatía y el intento de hacerle entender su proceso y las opciones terapéuticas para limitarse a dejar bien claro y por escrito todos los términos del contrato establecido entre ambas partes de cara a la más que probable eventualidad de litigios judiciales.

El esquema no es nuevo, ni desconocido, ni limitado a la medicina. Es simplemente la evolución de las técnicas capitalistas neoliberales eclosionadas a partir de los años ochenta en el que se abandona completamente el interés por solucionar necesidades de la población como colectividad. El interés del Estado, de las Corporaciones y del Mercado en si mismo pasa a ser la satisfacción de las aspiraciones individuales. Y a su vez de fomentarlas. Sin ningún cuestionamiento ético el negocio se centra en crear las necesidades que podemos satisfacer y en hacer al consumidor solicitar un servicio que nuestra ética médica tradicional podría considerar erróneo, inadecuado o inaceptable, pero que, una vez transmitido por las adecuadas vías del marketing moderno, nos vuelve revestido de la sacrosanta autonomía del paciente, ante la cual ningún reparo ético es, a estas alturas, sostenible.

Más allá del debate sobre la libertad o esclavitud del consumidor que supone este nuevo modelo social, deberíamos parar a plantearnos si la sacralización del principio de autonomía es suficiente para abandonar cualquier posicionamiento ético propio y asumir como incuestionables e incluso deseables y perseguibles técnicas cada vez más extendidas. Ya sea llevar a cabo procedimientos costosos y agresivos con unos resultados más que improbables. O el empleo de técnicas médicas innecesarias o superfluas pero económicamente rentables. O estrategias novedosas fácilmente utilizables en un marketing agresivo como elemento

diferenciador de la competencia pero sin ninguna base científica que apoye su uso. O crear falsas expectativas para introducir en el mercado nuevos productos de consumo. Da igual que estemos hablando de hacer creer que estamos preservando la fertilidad por congelar tres ovocitos, que accedamos a tratamientos de fecundación in vitro con ovocitos propios a pacientes de 45 años o que hagamos screening genético preimplantacional a parejas fértiles para asegurar la ausencia de problemas en el embarazo o la descendencia. Da igual que con la gratuidad de las primeras consultas las hayamos ido dejando desprovistas de cualquier contenido médico para convertirlas en mera oferta de un catálogo de productos.

Los argumentos de que, una vez informada, es la paciente la única capacitada para decidir cualquier aspecto de su “proyecto reproductivo” y de que cualquier negativa le va a llevar a comprar el producto en la competencia, quizá sean suficientes para aplacar nuestro prurito moral. Desde luego lo son para los responsables o propietarios de los centros de reproducción asistida. Sobre todo cuando dejan de ser los propios médicos que atienden a la paciente en su consulta y pasan a ser meros accionistas anónimos únicamente preocupados por su cuenta de resultados.

Atrapados entre la exigencia del consumidor y el interés del propietario del centro en aprovecharse económicamente de dicha exigencia, el médico encuentra un buen asidero moral en ese Principio de Autonomía del paciente. Pero debemos ser conscientes de que este aletargamiento nos está transformando de médicos en comerciales y vendedores de productos.

Y quizá sería el momento de parar a plantearnos si realmente es ese el camino que queremos transitar y ese el modelo que buscamos.