

## SOCIOLOGÍA DE LAS DECISIONES MÉDICAS

*Dr. Manuel Ángel Morales\**

### Introducción

Uno de los problemas que ha planteado la medicina moderna es el hecho de decidir quién merece acceso a la tecnología disponible (corazón artificial, máquina de diálisis, *etc.*)—y tener así otra oportunidad de vivir—cuando las maravillas de dicha tecnología están a disposición de unos pocos. Esta situación plantea la necesidad de traer al campo de la ciencia médica gente que no está en la medicina. Así lo ha afirmado, entre otros, el profesor David Rothman, quien dirige el *Centro para el Estudio de la Sociedad y la Medicina*, del Colegio de Médicos y Cirujanos.<sup>1</sup>

La Universidad de Columbia y otras instituciones de estudios superiores de Estados Unidos—entre ellas, Georgetown, Baylor y John Hopkins—están apresurando sus investigaciones en el campo de la llamada *bio-ética*. Algunos datos pueden resultar interesantes: unas sesenta facultades de medicina en Estados Unidos están ofreciendo cursos de medicina social, esto lo afirma Baruch Brody, doctor en Filosofía, quien dirige el *Centro de Ética, Medicina y Asuntos Públicos* en la Universidad de Baylor, Tejas.<sup>2</sup>

El programa universitario de ética médica más antiguo se inició en 1971 en el *Instituto Kennedy de Ética*, en la Universidad de Georgetown, Washington. El enfoque primario era en torno a casos incurables o enfermedades terminales: qué decirle a los pacientes que van a morir, y cuánto tiempo debía prolongarse el tratamiento. Como vemos, entre estas preguntas no estaba incluida una definición de *la muerte*. Hago este señalamiento aquí sobre la sicosociología de la muerte, porque hacia el final de este trabajo quiero cerrar esta *Gestalt* con algunas disquisiciones, precisamente; sobre la *muerte*.

---

\* Profesor de la *Escuela de Administración Pública*, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.

<sup>1</sup> *El Nuevo Día* (San Juan, P.R.) 13 de diciembre de 1982.

<sup>2</sup> El Programa de Bio-ética de la Universidad de Baylor se inició porque los médicos no se consideraban lo suficientemente entrenados para tomar decisiones de naturaleza *ético-normativas*. Nos permitimos entonces recomendar de inmediato el establecimiento de una unidad—o centro en miniatura—dedicado al estudio de la relación entre ética, medicina y asuntos sociales.

A partir de toda esta complejidad médica y social empieza a proliferar en Estados Unidos comités para determinar quién puede o debe sobrevivir auxiliado por la tecnología moderna. Es algo similar al problema que se planteó durante las primeras etapas de las investigaciones sobre la diálisis renal. Antes de que la maquinaria estuviera disponible en grandes cantidades, el gobierno apoyó el desarrollo de esa tecnología a un costo increíble, lo cual facilitó el acceso a ella y resolvió considerablemente el problema a los pacientes.

Estas cuestiones constituyen situaciones constantes para los países en desarrollo, como es el caso de Puerto Rico, donde los recursos siempre se encuentran en una relación inversamente proporcional a las necesidades o solicitudes de servicios médicos. En nuestro caso la situación se hace más aguda, porque hay que decidir si las tecnologías están disponibles solamente para los ricos, o para quienes—de un modo u otro—pueden pagar por las mismas; si debería darse igualdad en el acceso a esas tecnologías, y cómo establecer criterios para decidir a quién no debe dársele acceso. Entonces, parte del problema se relaciona con la posibilidad de fijar criterios *ético-normativas*.

### Decisiones sociales y decisiones médicas

Desde nuestra perspectiva, el problema de las decisiones relativas a pacientes de diálisis renal confronta al médico con una opción forzosa.<sup>3</sup> Hay opciones que se pueden evitar y otras que son forzosas. Opciones forzosas son aquellas de las que no se puede escapar. Muchas personas han enfrentado este tipo de decisión: si atraviesan por una operación o no lo hacen. En cualquiera de los casos, la negativa a decidir—o la incapacidad para decidir—constituye en sí misma una decisión. La incapacidad para decidir o una demora en el proceso decisorio puede culminar en un acto criminal, como la conducta delictiva común. Por otro lado, una decisión muy prematura también puede causar daños considerables.

Hay tiempos para obrar con demora y hay tiempo para obrar con aceleración. Lo cierto es que las decisiones que se adoptan sin mucha información pueden resultar dramáticamente peligrosas. Este fue el caso cuando el Vaticano tuvo que decidir qué se iba a hacer con Galileo; si se silenciaba o no. Alguien propuso, apropiadamente, que se esperara para ver qué resultaba de las enseñanzas de Galileo. Otro actor exclamó: *que la*

---

<sup>3</sup> William James, "The Will to Believe," in *Essays on Faith and Morals* (New York: Longmans, Green, 1947: reprint ed. 1898), p. 34.

*demora en tomar una decisión constituía en sí una decisión, y ello podría prolongar la existencia de un movimiento—que se alegaba—podía ser peligroso.* Entonces se tomó una decisión prematura; y el ridículo y la censura hacia la misma han persistido por siglos. La moraleja, en todo esto—entre otras cosas—es: *que hay tanto riesgo en decidir como en no decidir.* También se advierte que las decisiones sociales son mucho más complicadas que las individuales. Es importante resaltar la pertinencia de esta idea para el problema que estamos trabajando y que se relaciona con las decisiones *ético-normativas* en el dominio de la diálisis renal.

Existe una línea muy fina entre las decisiones sociales y las *técnico-médicas* que debe tomar un doctor. Por tanto, estableceremos de inmediato la siguiente proposición: *se requiere una cantidad enorme de conocimientos para poder tomar una decisión moral, ética o normativa.* Por eso advertimos que, históricamente, las decisiones más desastrosas han sido tomadas por las mejores, y tal vez más inteligentes, personas. En este caso es necesario que los médicos y otros profesionales empiecen a reconocer y discutir cuáles son las opciones a las que se enfrentan, para entonces comenzar a abrir caminos para ejecutar o adoptar decisiones *ético-normativas*—o simplemente—que sean decisiones algo más responsables. No hacerlo significa **deshumanización**.

El físico alemán Wolf Hafele, ha desarrollado la idea de que las sociedades contemporáneas cada día más están tomando decisiones sobre bases de conocimiento inconclusas (Era de la *Hipoteticalidad*).<sup>4</sup> Entonces, los resultados de estas decisiones son siempre tentativas. En el pasado, parece que el progreso ocurría por vía del tanteo. Los innovadores concebían una idea brillante y comenzaban a tantear con la misma. Si tenía éxito, la desarrollaban, y si fracasaba; la corregían, y continuaban experimentando con otras ideas alternativas. Esta metodología ha resultado ser, más o menos, exitosa, en la medida en que los fracasos no resultan catastróficos. No obstante, parece que una cosa es cierta: *los seres humanos nunca podremos evitar la realidad de tener que enfrentar algunos riesgos aceptables.* Ahora, en la medida en que el riesgo sea más amplio y las consecuencias del mismo tengan un impacto mayor, nos enfrentaremos con cierta responsabilidad ética.

En torno al problema que nos enfrentamos en este trabajo, quizás la situación estriba en que estamos lidiando con decisiones en las cuales no hay una tradición ética, o peor aún; que si existiera dicha tradición, ésta no

---

<sup>4</sup> Vid. Wolf Hafele, "Hypotheticality and the New Challenges: The Pathfinder Role of Nuclear Energy," *Anticipation* 20 (May 1974).

nos dice nada respecto a las decisiones forzosas que tiene que tomar un médico con su paciente en esta época. Siendo así, hay que desarrollar una *teoría ética* y de decisión para áreas que no han sido aún exploradas. Sin la teoría, tendremos que tomar decisiones impulsivas o simplemente improvisadas. La teoría surge de la práctica que, como en este caso, a los médicos les causa perplejidad.

### La medicina y las decisiones sociales

¿Cómo deciden los médicos? ¿Qué criterios de decisión utilizan? ¿Es posible advertir alguna metodología en este proceso? La dificultad surge cuando advertimos que la relación médico-paciente está mediada por organizaciones, tecnologías y otros elementos y factores que demuestran que dicha relación no constituye un experimento controlado y que no es susceptible de la precisión que encontramos, por ejemplo, en las Ciencias Físicas. Este binomio *médico-paciente* resulta muy difícil de cuantificar y verificar, como se hace en los laboratorios. Siendo así, hay que reconocer que toda decisión médica, consciente o inconscientemente, depende de la información y el conocimiento que están disponibles al médico y de los propósitos de dicha decisión. Además, hay que advertir que los médicos a veces toman decisiones con alguna noción de sus propios intereses, propósitos y valores, así como los de sus clientes también. Esta dimensión apunta a una especie de fe en la ciencia como actividad que provee información necesaria para tomar decisiones médicas. Por tal motivo, hay que reconocer que los médicos ejecutan decisiones que responden a información y conocimiento.

Por otro lado, el problema que surge cuando los recursos se encuentran en una relación inversamente proporcional a las demandas y solicitudes de servicios. En este caso, los médicos a veces se ven forzados a decidir a partir de criterios—no solamente técnicos—sino sociales y morales también. Después de todo, las tecnologías de las ciencias médicas no prescriben los usos sociales de las ciencias médicas. Es la gente quien establece y adopta decisiones respecto a los logros de la ciencia y la tecnología. Ante el problema que enfrentan los médicos que trabajan dentro del dominio de la diálisis renal, resulta imperioso distinguir entre la información y el compromiso cuando se va a tomar decisiones. La información apunta a reglas fácticas; el compromiso es una cuestión mucho más valorativa.

Por un lado, hay que advertir la diferencia entre estos dos componentes y por el otro, hay que reconocer la relación entre ambas. Hace mucho, también la filosofía del positivismo lógico, encarnado en la figura de David Hume, distinguió entre enunciados de conocimientos y enunciados que

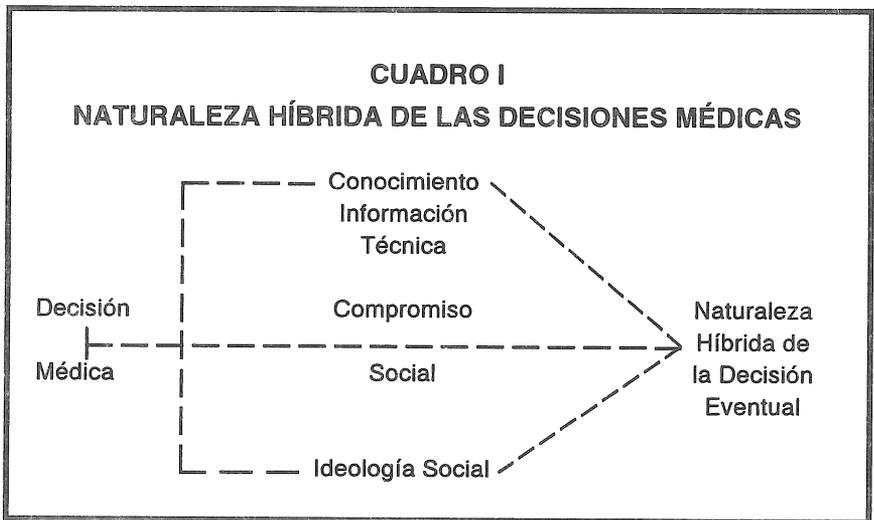
son expresiones normativas. Los enunciados de conocimiento son ciertos o falsos, ya sea porque constituyen tautologías ( $2+2=4$ ) o son empíricamente verificables (hay más personas en Puerto Rico que en las Islas Vírgenes). En la complejidad de la ética encontramos alguna posibilidad para distinguir entre contenciones que se pueden resolver sobre la base de la información provista y aquellas otras que son estrictamente un asunto valorativo. Claro está, no estamos negando la realidad frecuente de que los datos están impregnados de significados. Hace tiempo que hemos disertado acerca de la ideología de los datos, pero advertimos que la definición de un dato con precisión filosófica puede requerir la producción del equivalente de una Biblia.

Nuestro punto es el siguiente: *cuando los médicos enfrentan decisiones críticas es necesario hacer resaltar claramente la sociología de los hechos o las premisas fácticas que pueden afectar la decisión eventual*. Valga advertir, que para muchas de las decisiones sociales y éticas más importantes de nuestro tiempo—las instituciones religiosas y las tradiciones morales—no tienen contestación. Esto se debe a que los hechos y el conocimiento de las mismas es un asunto dramáticamente nuevo. Ningún profeta religioso nos pudo advertir lo siguiente: *No recombinaemos el DNA*. Tampoco Platón, Spinoza ni Kant nos pudieron predicar lo siguiente: *No producirán energía con reactores atómicos*. Por eso a veces las tradiciones morales y sociales resultan inadecuadas para los problemas de nuestro tiempo. Entonces, de paso, señalamos un asunto de mucha excitación: *las tradiciones sociales a veces quedan silenciadas respecto a decisiones modernas y tienen gran dificultad de renovarse frente a conocimientos nuevos*. En otras palabras, que el conocimiento científico, que es importante en nuestro tiempo, no le dice a las personas, grupos, organizaciones y a la sociedad en general, cómo responder ante la información que surge.

En toda controversia de decisión social resulta conveniente distinguir entre dos clases de argumentos: *aquellos de información y otros de compromisos*. Para algunos juicios es necesario una mente abierta dispuesta a cambiar de opinión frente a la presentación de nueva evidencia. Para otros juicios, la realidad demanda compromisos frente a los retos que pueden presentarse. Tanto la claridad intelectual como la integridad ética demandan una distinción entre dos situaciones o dimensiones. El conocimiento y el compromiso social se nutren mutuamente. El compromiso es uno de los factores que induce a la investigación y a la producción de conocimientos. Por ejemplo: *el compromiso con la salud pública lleva a nuevos descubrimientos relacionados con las enfermedades; el compromiso con las actividades encaminadas a compartir el problema del hambre lleva a descubrir nuevas tecnologías para la producción de alimentos*.

Hasta cierto punto, uno puede decir que aquellas áreas que permanecen poco exploradas se debe a la falta de compromisos respecto a las mismas. Siendo así, hay que reconocer que para producir conocimiento válido que fundamente las decisiones médicas, se necesitan destrezas científicas y compromisos sociales que fundamenten cualquier decisión eventual. Por tal motivo enfatizamos nuevamente la idea de que para cristalizar una posición ética es necesario un conocimiento científico exponencial. Si nos permiten, deseamos presentar el siguiente enunciado: *El conocimiento necesario para tomar una decisión ético-normativa en el campo de la medicina es inversamente proporcional a la disponibilidad del mismo.* Entonces, estamos argumentando que las decisiones médicas relacionadas con la diálisis renal y la prestación de servicios a pacientes apuntan a dimensiones de información, compromisos e ideología social.

El término ideología apunta, por un lado, a cierta distorsión de la realidad (falsa conciencia) y por el otro, a un cuadro interpretativo de la sociedad que le imprime premisas a las decisiones que toman sus miembros, ya sean profesionales o cualquiera otras.



Queremos hacer resaltar la idea de que todo el conocimiento tiene un propósito. Los propósitos guían la búsqueda de dicho conocimiento y llevan al científico o al médico a reconocer algunos y a suprimir otros. El punto es, que sin algún margen de selectividad el mundo sería una gran confusión. No obstante, la selectividad puede constituir un riesgo: puede llevar a la creatividad, al acierto o a la distorsión total. (Véase CUADRO II)

<b>CUADRO II</b>		
<b>DECISIONES SOCIALES Y DECISIONES TÉCNICO-MÉDICAS</b>		
<b>FACTORES</b>	<b>TIPOS DE DECISIÓN</b>	
	<b>SOCIALES-MORALES</b>	<b>TÉCNICO-MÉDICAS</b>
Acuerdos sobre valores	BAJO	ALTO
Conocimiento Técnico	BAJO	ALTO
Dominio/alcance o escala del problema	AMPLIO	REDUCIDO
Modelo o estrategia de decisión-acción	CONSULTADAS EXPERIMENTAL TENTATIVA IMPROVISADA NEGOCIACIÓN	NO CONSULTADAS DECRETADA IMPUESTA

Cuando nos planteamos el problema de construir un modelo de decisión para los médicos que trabajan con enfermedades terminales y que tienen que establecer cuáles son los objetivos sociales de la medicina—si mantener vivas a las personas, o laborar para aumentar la calidad de vida—hay que distinguir entre decisiones sociales y decisiones médico-técnicas. Ante la pregunta de quién debe recibir tratamiento en condiciones de escasos recursos, hay que ponderar la naturaleza híbrida de las decisiones que toma el médico. La dimensión social de las decisiones que toma el éste genera más incertidumbre y constituye asuntos que demandan autoridad de estos profesionales. A veces surgen como problemas ambiguos que apuntan a la necesidad de innovación, aplicación novel y atrevida de conocimientos o una renegociación de posiciones dentro y fuera de la organización. Por otra parte, las decisiones técnicas se pueden descomponer y tienen que tratarse como si fueran actividades ya calculadas. Cuando el médico enfrenta incertidumbre en su proceso de decisión, puede distinguir entre decisiones sociales o decisiones técnico-médicas. Las decisiones sociales son aquellas para las que no existe tecnología probada ni tampoco acuerdos favorables sobre las mismas. Las mismas son el resultado de brechas entre el conocimiento técnico y la disponibilidad

de ciertas tecnologías para aplicárselas a todos los pacientes que demandan un servicio. Por otro lado, cuando hay certidumbre acerca del conocimiento médico-técnico para establecer relaciones de causa y efecto y para especificar lo que es mejor para el paciente, se pueden tomar decisiones calculadas. Ante la certeza para establecer relaciones de causa y efecto, pero ante la presencia de incertidumbre acerca de la especificación de valores sociales se adoptan decisiones negociadas. Frente a la incertidumbre para establecer relaciones de causa y efecto y certeza para especificar objetivos, las decisiones son de naturaleza experimental o transitorias. Si la incertidumbre es total, hay que tomar decisiones autocráticas. (Véase CUADRO III).

**CUADRO III**  
**SISTEMA DE DECISIONES MÉDICAS**

		<b>Capacidad de Diagnóstico</b>	
		<b>Certidumbre</b>	<b>Incetidumbre</b>
<b>Capacidad de Especificar lo que le conviene al paciente</b>	<b>Certidumbre</b>	Decisiones Calculadas Prescriptivas	Decisiones Adivinadas Improvisadas
	<b>Incetidumbre</b>	Decisiones Ajustadas/ Adaptadas a la Situación	Decisiones Impuestas Obligadas

La idea es que la explosión de conocimientos puede llevar a una explosión de ignorancia social y viceversa. Ante esa decisión resulta imperiosa la contribución que puedan hacer los distintos científicos a los procesos de decisión social. El problema que enfrentamos aquí es uno de naturaleza social y técnica. Por eso es que señalamos que estamos enfrentando problemas que son híbridos. La lista de preguntas que se puede formular acerca de este problema puede resultar casi infinita. La iluminación ante dichas interrogantes se logra si diferentes profesionales y expertos interactúan entre sí.

Hay que advertir, no obstante, el aspecto tradicionalmente elitista del conocimiento y de algunas decisiones. Sin embargo, la propia sociología del conocimiento ilustra, que todo el mundo es inexperto en algunas áreas y experto en otras. Valga aquí un comentario acerca de la sociología popular: *En Puerto Rico crecientemente queda claro que cuando el público depende del experto desea saber dos cosas sobre éste; si es competente, y cuáles son sus valores.*

Respecto a las decisiones sociales que tienen que adoptar los profesionales desde una perspectiva técnica y científica, hay que evitar que dichos profesionales se conviertan en víctimas del pensamiento de grupo.<sup>5</sup> Es imprescindible desarrollar seminarios que constituyan los primeros intentos en Puerto Rico de llamar la atención de todos aquellos profesionales que tienen perspectivas distintas sobre un mismo problema y que, precisamente, en la heterogeneidad de las perspectivas, tal vez se pueda descubrir algo importante. Si la profesión médica va a conservar su bien merecido *status*, necesita fortalecer la interacción sostenida de distintos expertos laborando con un problema común.

Entre los siglos XVIII y principios del XX se generó una gran confianza en la ciencia, pero ahora en nuestros días parece que se genera algo de desconfianza. En parte, esto está relacionado con la posibilidad de que los códigos de ética actuales no son completamente útiles para el presente o para el futuro.

### *Pedagogía de la Muerte*

Ninguna práctica médica podrá ser totalmente adecuada a menos que incluya una presentación definitiva en términos de si las personas pueden enfrentar exitosamente una crisis llamada *Muerte*. Ya que los seres humanos constituyen una unidad viviente de cuerpo y mente, algunos tratadistas han dicho que es imposible que el ser pueda continuar cuando el cuerpo y el cerebro han dejado de funcionar.<sup>6</sup>

Desde una perspectiva humanista, la muerte siempre se considera como una especie de tragedia, ya sea para los que mueren, como para los que sobreviven a su alrededor; o para ambos. Aun en aquellos casos cuando la muerte pone fin a una enfermedad dolorosa o incurable, sigue siendo algo trágico el hecho de que la extinción haya sido la única cura para la persona. Claro está, la tragedia es mucho más crítica cuando la persona

---

<sup>5</sup> Vid. Irving Janis, *Victims of Group Thing*, New Haven: Yale University Press, 1979.

<sup>6</sup> Carliss Lamont, "A Crisis Called Death," *The Humanist*, 27, No. 1 (1967): 19.

que muere es joven o está en los inicios de su vida. No obstante, *siempre resulta demasiado de temprano para morir*.

Desde una perspectiva de medicina humanística, hay que enseñarle a los pacientes a mirar cara a cara a la muerte; con honestidad, serenidad y coraje. Hay que enseñarle desde temprano a las personas, que la muerte es una de las tragedias básicas inherentes al gran regalo que es la vida. No debemos agonizar sobre este hecho ni tampoco preocuparnos más de la cuenta. El mayor antídoto para la muerte es una preocupación responsable con la vida. Por eso la necesidad de ponderar los estilos de vida que le aumenten o le resten calidad a la vida prospectiva. Es a partir de la pedagogía de la muerte que se puede hacer una medicina preventiva.

En la Edad Media había un manual para la muerte, que se titulaba *Ars Moriendi*, o *El arte (o artesanía) de saber cómo morir*. A la altura de la década del Ochenta, este asunto cobra aún gran importancia. Un gran número de personas muere en los hospitales y es allí donde se centra el cuidado para la muerte. Parece que el foco de la experiencia de la muerte ha girado desde el hogar hacia esta institución y que con ese cambio se ha generado una serie de transformaciones respecto a la capacidad para morir. La pregunta ya no es *¿cómo la persona puede enfrentar la muerte con valor y honorabilidad en el seno familiar, sino cómo puede sobrevivir en el seno de la tecnología y la burocracia médico-hospitalaria?*

A veces se trata de la administración de la muerte y se establecen criterios para los cuales la persona común tiene muy poco control. Nuestro punto es el siguiente: *Hay que enseñarle a las personas a que entiendan el significado de la muerte y como es posible por la vía de la instrucción existencial entrar en términos o pactar con el hecho de la mortalidad*. En una época cuando la muerte demanda estrategias, la filosofía sigue siendo la matriz a partir de la cual se articulan dichas estrategias de reivindicación o condenación total.

Para terminar esta exposición, tomemos un caso:

Supongamos que una persona ha experimentado una operación que revela que tiene un cáncer avanzado e incurable. En el mejor de los casos dicha persona vivirá algunas semanas. Cuando el médico visite al paciente puede suceder que éste último lo increpe—o no lo increpe—acerca del resultado de la operación y del perfil de su condición. Surge, entonces, la pregunta: *¿Cómo debe proceder el doctor? ¿Cuáles son sus responsabilidades?*

Ante estas serias interrogantes hay por lo menos tres dominios que deben considerarse:

- a. El aspecto distintivo de la condición médica del paciente y las circunstancias del hospital.

- b. Las responsabilidades legales, sociales y religiosas, y las relaciones con el paciente.
- c. La realidad existencial de la persona que se va a morir.

Cuando estos tres dominios (médico, legal y existencial) se consideran de una manera interrelacionadas, el médico, paciente y el escenario del hospital componen una configuración humanística para el entendimiento de los problemas relacionados con la muerte. A lo mejor no se resuelven todos los problemas, pero se pueden articular y abordar de una manera diferente.

La sociología de las decisiones médicas siempre tiende a ser algo iconoclasta, pero nosotros alegamos que simultáneamente la misma tiene que reafirmar unos *meta-valores* de reverencia, agradecimiento, amor justicia, libertad y responsabilidad entre otros. Las decisiones que enfrentan los médicos contemporáneos generan incertidumbre que no se pueden reducir. Donde hay incertidumbre que no se pueden reducir, la predicción no es la prueba de la validez del modelo de decisión. Las opciones son del momento y parece que son forzosas.

## REFERENCIAS

- Hafele, Wolf. "Hypotheticality and the New Challenges: The Pathfinder Role of Nuclear Energy." *Anticipation* 20 (May 1974).
- James, William. "The Will to Believe." in *Essays on Faith and Morals*. 1898: reprint ed. New York: Longmans Green, 1947.
- Janis, Irving. *Victims of Group Thing*. New Haven: Yale University Press, 1979.
- Lamont, Carliss "A Crisis Called Death," *The Humanist*, 27, No. 1 (1967): 19.
- Lincoln Shim, Roger. *Forced Options*. New York: Harper & Row, 1983.
- Mesarovic, Mihajlo and Edward Restel. *Mankind on the Turning Point: The Second Report to the Club of Rome*. New York: Dutton, 1984.
- El Nuevo Día* (San Juan, P.R.) 13 de diciembre de 1982.

