

Desafíos bioéticos y biopolíticos de la gestión médica del sufrimiento y el dolor*

Noelia Bueno Gómez

Departamento de Filosofía y
Centro de Investigación en Humanidades Médicas,
Universidad de Innsbruck
noelia.bueno-gomez@uibk.ac.at

Bioethical and Biopolitical Challenges Posed by the Medical Management of Pain and Suffering

ISSN 1989-7022

RESUMEN: La gestión médica del sufrimiento y el dolor plantea una serie de desafíos de carácter político (cabe decir biopolítico, en la medida en que quedan implicadas decisiones políticas relativas a la vida) y bioético. En este artículo se plantea el panorama de estos desafíos en el contexto del desarrollo actual de la biomedicina y la naturaleza de las soluciones que se demandan en el marco de una biopolítica “de vida” y no “sobre la vida”, es decir, que no manipule la vida a fin de someter y objetivar al sujeto sino que procure su expansión y potenciación (usando la terminología de Roberto Esposito) y una bioética pragmática que modere en los dilemas explicitando las relaciones de poder de cada caso particular para suprimir los componentes de dominación o imposición.

ABSTRACT: The medical management of pain and suffering entails a number of bioethical and political challenges (that can be considered “biopolitical” inasmuch as political decisions concerning life are involved) and challenges. In this article, I present, classify and explain these challenges in the context of the current developments in biomedicine. The solutions to these challenges require the concept of affirmative biopolitics instead of negative biopolitics (as formulated by Roberto Esposito), meaning politics that promote the expansion and potentiation of the subjects, but do not manipulate life in order to subjugate and objectivize the individuals. Moreover, I argue for a pragmatic form of bioethics that moderates the discussion among the agents involved in a dilemma by making explicit the power relations in each individual case in order to avoid domination and imposition.

PALABRAS CLAVE: bioética, biopolítica, sufrimiento, filosofía de la medicina

KEYWORDS: bioethics, biopolitics, suffering, philosophy of medicine

1. Gestión médica del sufrimiento y el dolor: características

Algunos de los problemas bioéticos y biopolíticos que emergen de la gestión médica del sufrimiento y el dolor se derivan precisamente de aquellas características que han convertido a la medicina en una ciencia y la han conducido a cosechar tantos éxitos. Observamos el desarrollo de estas características a partir del siglo XVIII, con la emergencia de la medicina clínica (Foucault 1997; Rey 1995). Así, su desarrollo como ciencia se basa en la observación, en la descripción objetiva de síntomas y enfermedades, la búsqueda de uniformidades (mismos síntomas en los diferentes casos de una misma enfermedad) y en la administración de tratamientos probados experimentalmente. A medida que las explicaciones teológicas de la enfermedad y el sufrimiento (que los ubicaban y explicaban en el contexto de una teodicea) van quedando atrás, emerge la ciencia médica o medicina clínica, basada en evidencias¹. La medicina empezó a organizarse sistemáticamente en ambientes clínicos, donde los pacientes podían ser observados y los síntomas y enfermedades se podían comparar y describir lo más neutralmente posible.

* Este trabajo es un resultado parcial del Proyecto de investigación financiado por el Austrian Science Fund (FWF: M 2027-GBL) “The Experience of Suffering”.



Received: 11/09/2017
Accepted: 28/09/2017

Como describe Foucault, el médico debía distanciarse del enfermo para apreciar la verdad del “hecho patológico” (Foucault 1997, 23) La enfermedad y el dolor empezaron a considerarse situados en los cuerpos, puesto que los cuerpos y sus procesos podrían ser vistos en términos estandarizables, universalizables. Conocer y tratar la verdad científica del dolor y el sufrimiento conlleva, para la medicina, realizar dos procesos de abstracción:

- Abstraer el cuerpo de la persona enferma. La medicina clínica asume totalmente el dualismo ontológico cartesiano cuerpo/mente. Así, se asume que hay que examinar, medir, manipular y tratar químicamente un cuerpo, que es una parte de una persona, pero que sigue leyes propias universalizables, que no dependen de aspectos psíquicos, emocionales, existenciales, sociales o de otro tipo.
- Abstraer el hecho patológico del enfermo de las funciones corporales normales, buscando un signo cuyo significado sea tan certero como lo sería una lesión hallada en una disección.

Sin embargo, en el sufrimiento y el dolor influyen decisivamente factores sociales, culturales, morales, religiosos y personales (Kleinman, Das, and Lock 1997; Boeyink 1974; Cassel 1982; Damasio 2006; Le Breton 1999). El dolor y el sufrimiento pueden tener o no como correlato una señal física, medible, pueden responder o no a la administración de medicamentos (y/o hacerlo en diverso grado en distintos casos) y dependen de circunstancias que son difíciles o imposibles de medir científicamente, como factores educacionales, creencias religiosas, actitudes personales... Universalizar el tratamiento del sufrimiento y el dolor ha dado lugar a resultados impresionantes, progreso médico y tratamientos, pero conlleva fuertes limitaciones, como prueban los problemas para explicar el efecto placebo o para resolver el dolor crónico.

Por otro lado, aunque la medicina se ha ocupado siempre del sufrimiento y el dolor, estos no han sido el centro de su interés (excepto en la medicina de los cuidados paliativos del movimiento hospice). El objetivo de la medicina se puede definir mejor como el tratamiento de las enfermedades en una búsqueda de la curación, la prolongación de la vida y la acumulación del conocimiento y técnicas necesarias para hacerlo mejor en el futuro. Todo ello puede incorporar un incremento del dolor (el denominado “dolor iatrogénico”) y el sufrimiento en lugar de un paliativo, y de hecho existen tratamientos con fuertes efectos secundarios. Causar sufrimiento o dolor puede ser considerado “non nocere” si el fin ulterior lo justifica (prevenir una enfermedad, detener su avance, prolongar la vida, intentar curar...). Ahora bien, la decisión acerca de si el fin lo justifica no es exclusivamente de tipo médico, ni debe recaer en los expertos, sino que incluye numerosos factores personales

como por ejemplo la cantidad de sufrimiento derivado del tratamiento médico que uno está dispuesto a asumir para prevenir una enfermedad que tiene un determinado porcentaje de posibilidades de padecer.

En definitiva, el sufrimiento y el dolor poseen características que los vuelven difícilmente medibles en términos puramente científicos. Factores culturales influyen incluso en el umbral de percepción y límite de tolerancia del dolor. Más allá de los desafíos bioéticos y biopolíticos que esta situación representa, existe también un desafío epistemológico: el dualismo cuerpo/psique en el que se sigue basando la biomedicina contemporánea ya no se sostiene. Asumir una idea de persona como un ente psicosomático indivisible (cuyo cuerpo funciona indisolublemente relacionado con su psique y viceversa) supondría no ya una colaboración multidisciplinar en el tratamiento del sufrimiento y el dolor (unir a la terapia química terapia psicológica, por ejemplo), sino refundar la ciencia médica en un cambio de paradigma al estilo kuhniano y proponer vías de investigación que se salten los límites disciplinares.

La búsqueda de estándares y leyes universales en los procesos patológicos y en la administración de tratamientos e intervenciones no puede incorporar ciertas dimensiones de la persona que influyen decisivamente en su sufrimiento. Otras aproximaciones son más certeras en este punto, como la perspectiva fenomenológica de la "experiencia vivida" en primera persona (Drew Leder 1990; Nancy 2000). Eso no significa que la ciencia médica deba dejar de ser una ciencia, sino que de hecho tiene sus límites como ciencia. Otro tipo de estudios sobre el sufrimiento y el dolor, por ejemplo de tipo histórico, filosófico o antropológico pueden contribuir de manera decisiva a identificar la variabilidad cultural, histórica y personal-existencial de las reacciones, actitudes y manejos de los mismos.

2. Desafíos bioéticos

El primer desafío bioético de la gestión biomédica del sufrimiento y el dolor consiste en reintegrar al paciente como verdadero agente de su proceso de tratamiento y/o curación, no sólo desde el punto de vista de la concepción liberal de la autonomía, sino como la parte clave de la relación hermenéutica que se establece entre el experto en medicina y el experto en sí mismo (que es el enfermo) para interpretarse mutuamente. El médico debe desentrañar el discurso que se le ofrece, tratando de encajar las apreciaciones en sus modelos estandarizados para poder dar respuesta, y el enfermo debe desentrañar el lenguaje médico (por eso es una relación hermenéutica)². Pero además, si entendemos a la persona como un todo psicosomático, no basta con que el médico lleve a cabo los procesos de abs-

tracción en una dirección, su trabajo no termina en abstraer el hecho patológico del enfermo y tratarlo, sino que debe llevar a cabo el proceso en sentido contrario, deshaciendo las abstracciones y regresando a la persona³. La percepción fenomenológica de la enfermedad desde la primera persona cobra aquí una gran importancia, si asumimos también todas esas dimensiones del sufrimiento y el dolor que no son fácilmente cuantificables pero que sí pueden ser tenidas en cuenta a la hora de tratar el dolor y que en la consulta del médico el propio enfermo puede contribuir a aclarar.

3. Desafíos biopolíticos

El ascenso de la medicina clínica permite, junto con otras ciencias que emergen en la misma época, generar un corpus de datos y técnicas útiles para medir, vigilar e intervenir en los grupos poblacionales. Aunque ya se pueden encontrar rasgos de biopolítica en Aristóteles, entendiendo la biopolítica como apropiación política de la vida, es en el siglo XVIII cuando toda la política confluye en biopolítica, cuando la manipulación política total de la vida se vuelve realizable, realizándose en el nacionalsocialismo (Agamben 1998; Esposito 2013; Bueno Gómez 2017). No se trata ya del poder soberano de quitar la vida, ni solamente de poner la vida al servicio del mantenimiento de las posesiones de un Estado (fuerza de trabajo, guerra...) sino del biopoder de manipular y moldear la vida, de definir el valor de los hombres y aprovecharlo, de manejar poblaciones enteras (incluyendo el exterminio)⁴.

Desde luego, este tipo de biopoder no emerge como consecuencia de la gestión médica del sufrimiento y del dolor, pero sí que se vale de ésta y de sus resultados, como señala Foucault (1991). Le proporciona los medios científicos y técnicos. El desafío entonces consiste en propiciar una biopolítica que no se imponga sobre la vida para fines ulteriores, sino que emerja de la vida misma y le deje fluir. Consiste en reintegrar el corpus de conocimiento biomédico a los fines de la vida misma que se organiza teniéndose por fin a sí misma, apoyando que la política o con-vivencia fluya a partir del ser social del hombre sin reintroducir opresión ni dominación⁵. Es un tipo de convivencia que permite emerger a la vida (zoe) en coincidencia con sus estilos de vida (bios), sin que se produzca una reducción ni una segregación de la primera. Se busca así un orden estructural que excluya el sufrimiento social, el sufrimiento derivado de una mala gestión institucional y social de la vida y sus necesidades, haciendo aquí una referencia específica al ámbito biomédico tanto en lo que se refiere a la práctica individual como en términos de organización y gestión. Una regulación de la biomedicina que siga los parámetros de una biopolítica afirmativa habría de poner su foco en investigar y diseñar protocolos para evitar sistemáticamente el sufrimiento y el dolor

iatrogénicos, y debería cuidar la independencia de los estudios para garantizar que no se orientan a una sobremedicación de la población (algo a lo que pueden tender los estudios financiados por las empresas farmacéuticas), además de potenciar estilos de vida saludables diseñados a partir de las recomendaciones médicas basadas en evidencias y de las demandas y experiencias de los colectivos implicados.

Un ejemplo de un desafío biopolítico actual es el conflicto entre los problemas para el medio ambiente y la salud que genera la contaminación ambiental de determinadas fábricas y la necesidad que poseen los habitantes de una región de tener un puesto de trabajo. Aquí el desajuste estructural es claro: la lógica perversa de un sistema que impone la necesidad de aceptar un puesto de trabajo (siendo estos escasos) a costa de la propia salud no deja fluir a la vida, sino que la manipula. Esto a pesar de los datos biomédicos que revelan índices más altos de enfermedades respiratorias y cáncer en estas zonas, como ocurre en varias regiones asturianas⁶.

En una sociedad tecnocientífica, el manejo médico del sufrimiento y el dolor es el que posee una mayor legitimidad. Un riesgo más de la sociedad tecnocientífica es que se tienda a recurrir a la medicina para resolver problemas que no son de naturaleza médica en origen, que se pretenda resolver el sufrimiento de origen institucional o social mediante procedimientos médicos (que pueden tener su indicación, pero que no pueden resolver, por su propia naturaleza, las causas de este tipo de problemas). La solución que se ofrece es médica: el tratamiento contra las enfermedades una vez que éstas se producen. Por ejemplo, tratar con psicofármacos una depresión causada por el desempleo prolongado, lo que no es una solución, sino un paliativo. Las verdaderas soluciones seguirían los parámetros de una biopolítica afirmativa: una mejor organización del trabajo que proporcione empleo a todas las personas en edad y disponibilidad para trabajar; un plan de desarrollo local que, en diálogo con todos los agentes implicados no hagan incompatibles el trabajo y la salud.

4. Conclusión

Tanto la ética como la política de nuestro tiempo deben afrontar inevitablemente las cuestiones relativas a la gestión de la vida, tanto en el ámbito biomédico como en el ámbito político. Ambos se encuentran entrelazados en una sociedad tecnocientífica, que concede a la biomedicina toda la legitimidad en el tratamiento del sufrimiento y el dolor. En ambas dimensiones, la bioética y la biopolítica, es crucial diferenciar aquellas intervenciones cuyo objetivo manipula la vida para otros fines o se imponen sobre ella, de aquellas enfocadas

a potenciarla y permitir que se exprese. En ambos casos se trata de vigilar las relaciones de poder que se instauran, explicitando los sistemas jerárquicos para sustituirlos por otros deliberativos y colaborativos. Por eso se hace hincapié en el carácter hermenéutico de las relaciones entre el personal sanitario y los usuarios de los servicios de salud, y se defiende una bioética pragmatista, que no someta a los individuos a principios morales considerados universales, sino que ponga los recursos éticos (como la deliberación o la reflexión ética en general) al servicio de la resolución satisfactoria (para los agentes concernidos) de los dilemas. En el plano biopolítico, la gestión médica del sufrimiento y el dolor no debe sustituir el abordaje social e institucional del sufrimiento de origen social.

Bibliografía

- Agamben, Giorgio (1998): *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia, Pre-Textos.
- Belén Altuna-Lizaso (2005): "Los sentidos del sufrimiento". En *Alivio de Las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*, Wilson Astudillo, Antonio Casado, Carmen Mendinueta, 217–31, San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Boeyink, David E. (1974): "Pain and Suffering", *The Journal of Religious Ethics* 2 (1): 85–98.
- Bueno Gómez, Noelia (2017): "Biopolítica y sufrimiento social", *Eikasia: Revista de Filosofía* 75: 195–216.
- Cassel, Eric J. (1982): "The Nature of Suffering and the Goals of Medicine", *The New England Journal of Medicine* 306 (11): 639–645.
- Damasio, Antonio (2006): "El error de Descartes". Barcelona, Editorial Crítica.
- Drew, Leder (1990): *The Absent Body*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Esposito, Roberto (2013): "Vida biológica y vida política", *Revista Pléyade* 12 (julio): 15–33.
- Foucault, Michel (1991): *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Madrid, Siglo XXI Editores.
- (1997): *Naissance de La Clinique*, Presses universitaires de France.
- (2008): *Seguridad, territorio y población*, Madrid, Akal.
- Gracia, Diego (2004): *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Madrid, Triacastela.
- Kleinman, Arthur; Das, V., Lock, M. (1997): *Social Suffering*, California, University of California Press.
- Le Breton, David (1999): *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral.
- "Los aires del cáncer: los casos se disparan en torno a las fábricas de Avilés", *El Confidencial*, 21/01/2017. https://www.elconfidencial.com/espana/2017-01-29/cancer-pulmon-contaminacion-espana-salud-ciudades-mortalidad-datos-ine-aviles-asturias_1322095/
- Nancy, Jean-Luc (2000): *L'Intrus*, Galilée, Paris.

Rey, Roselyne (1995): *The History of Pain*, Cambridge, Massachusetts, London, Harvard University Press.

Veena, Das (1997): "Sufrimientos, teodiceas, prácticas disciplinarias y apropiaciones", *International Social Science Journal*, Dossier sobre Antropología: temas y perspectivas, XLIX (154).

Notas

1. Sobre la cuestión de la teodicea y el sentido del sufrimiento, véase Belén Altuna-Lizaso (2005) y Das (1997).
2. Diego Gracia reflexiona acerca de la relevancia de la hermenéutica en la historia de la bioética en *Como arqueros al blanco* (Gracia 2004). Aquí me refiero sobre todo a la relación de interpretación mutua que ocurre entre el médico y la persona asistida por él, en el sentido en que la formula Le Breton (1999, 170–71)
3. Desarrollo con mayor amplitud la cuestión de la relevancia de recategorizar la idea de persona más allá de la distinción cuerpo/mente para una mejor conceptualización del sufrimiento y el dolor en el artículo "Conceptualizing Suffering and Pain", de próxima publicación en la revista *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*.
4. Los conceptos de "biopolítica" y "biopoder" son de Foucault (Foucault 1991, 2008)
5. Es importante precisar aquí que no entiendo por "vida" "supervivencia", es decir, no afirmo que el conocimiento biomédico deba tener como fin la supervivencia sino la vida (zoe) en coincidencia con sus formas de vida (bios) personales y sociales.
6. Véase por ejemplo el reportaje "Los aires del cáncer: los casos se disparan en torno a las fábricas de Avilés", *El Confidencial*, 21/01/2017. https://www.elconfidencial.com/espana/2017-01-29/cancer-pulmon-contaminacion-espana-salud-ciudades-mortalidad-datos-ine-aviles-asturias_1322095/