

LA ÉTICA: CIENCIA QUE ESTUDIA LA MORAL

El término "ética" procede del vocablo griego antiguo *ethos*, que significaba al principio "estancia, vivienda común". Posteriormente adquirió otras significaciones: hábito, temperamento, carácter, modo de pensar.

Partiendo de la significación de *ethos* como carácter (temperamento), Aristóteles formó el adjetivo *ethicos* y designó con él una clase particular de virtudes humanas, precisamente las virtudes del carácter (valor, moderación y otras) que se distinguen de las virtudes de la razón.

Con el fin de designar la ciencia que estudia las virtudes éticas, Aristóteles creó un nuevo sujeto: *ethica*, que figura en los títulos de sus obras. Así, en el siglo VI a.n.e. la ciencia ética recibió su denominación, conservada hasta nuestros días.

La historia del vocablo ética se repite en el terreno romano. El análogo latino aproximado del vocablo *ethos* es la palabra *mos* que se traduce como hábito: costumbre, carácter, comportamiento, propiedad, naturaleza interior; ley, precepto, moda. Cicerón, remitiéndose a la experiencia griega y citando directamente a Aristóteles, formó de la palabra *mos* el adjetivo *moralis* (perteneciente al carácter, a las costumbres), y de éste surge más tarde el término *moralitas* (moral).

Como puede apreciarse, por su contenido etimológico, la ética griega y la moral romana coincidían. Estos términos alcanzaron proyección europea general, recibiendo en el proceso del desarrollo cultural diverso contenido. El término ética reserva su contenido inicial y significa la ciencia, y bajo la moral se entiende el fenómeno real que estudia dicha ciencia, es decir, la ética es la ciencia que trata de la moral.

La ética nace en la sociedad esclavista y su aparición está relacionada con los profundos cambios producidos en las relaciones entre los hombres en el proceso de transición de la sociedad primitiva a la civilización clasista.

En el medioevo los criterios de la distinción entre el bien y el mal se buscaron al margen de la personalidad, y la moral empezó a entenderse

como sistema de normas y leyes que dan sentido valorístico a la conducta humana.

La ética de la edad moderna analiza principalmente la correlación entre las normas sociales y las necesidades individuales.

Kant postula la moral como ley apriorística de la razón; la moralidad es cuestión del deber, y es necesario atenerse a ella a pesar y en contra de todo. Hegel mostró que la moralidad no puede ser comprendida fuera de los profusos nexos reales (de la familia, la sociedad civil y el estado). Feuerbach apuntó su relación con la persona empírica viviente y con su aspiración de la felicidad.

La ética marxista es materialista, considera los ideales, las normas y las virtudes que rigen en la sociedad como reflejo de las relaciones humanas (valorísticas) reales, como expresión de los intereses y mandatos de determinados grupos y clases sociales, afirmando que no existe una moral en general al margen del proceso histórico concreto.

La moralidad está condicionada por el carácter de las relaciones sociales y cuando éstas son cualitativamente heterogéneas dan lugar a la aparición de diversos tipos de moral.

La ética marxista ocupa la postura de reconocimiento de la relación dialéctica entre el condicionamiento social y la relativa independencia de la moralidad. La esencia de la dialéctica de lo subjetivo y lo objetivo en la moral consiste en que lo valioso en sentido general deviene interés personal, comprendido como imperativo íntimo, interior, como grito de la conciencia o voz del deber.

La moral no puede surgir sólo en el sujeto, ni por entero al margen del sujeto, sino en la interacción dialéctica de estos dos aspectos.

El desarrollo de la moralidad es inseparable del movimiento de avance social y se expresa:

- Obrando como orientación en el reino de los valores.(¿Qué sistema de valores tiene la sociedad?).
- Expresando los intereses de las comunidades sociales (depende de la pugna y desarrollo de los intereses de clases).
- Determinando normas, modelos de conducta, adaptados a las situaciones típicas de la vida.

- Regulando la conducta de las personas.(¿Cómo son los otros modos de regulación social: estatales, jurídicos familiares?).
- Utilizando la experiencia moral acumulada (de la sociedad al colectivo, de éste a persona, entre personas, de generación a generación).
- Expresando el ambiente especial de comprensión mutua entre la gente en las actividades y en el trato.
- Expresando el estado de ánimo especial del hombre.(¿Qué cambios se han producido en el estado de la psicología social bajo la influencia de sucesos importantes: revoluciones, guerras, epidemias desastres naturales?).
- Obrando como tipo singular de concepción del mundo. (¿Cómo se expresan las demás esferas del espíritu: la ciencia, el arte, la filosofía, la religión?).⁽⁷⁾

ÉTICA PROFESIONAL. ÉTICA MÉDICA. ÉTICA DE ENFERMERÍA

Las profesiones de mayor connotación social realizan adecuaciones de los principios de la ética general, es decir, de la ética a nivel de la sociedad del país en cuestión, vinculándolos a las características particulares de cada una de ellas.

La existencia de la moral profesional en la sociedad es consecuencia de la división profesional del trabajo establecida históricamente. En algunos casos para ello se necesitaron códigos especiales, “Juramentos” capaces de sostener el prestigio moral de los grupos profesionales en la sociedad.

El surgimiento y desarrollo de los códigos profesionales es uno de los componentes del progreso moral, por cuanto reflejan el acrecentamiento del valor de la personalidad y afirman los principios humanitarios en las relaciones interpersonales.⁽⁸⁾

Cualquier profesional universitario, aunque sea muy confusamente, distingue dos ideas fundamentales:

- La profesión no le proporciona una capacidad cualquiera, sino una capacidad peculiar que lo faculta específicamente para contribuir, con inteligencia y eficiencia, al bien común.
- La profesión implica un deber para con la sociedad.

La ciencia que trata de los deberes, o más bien, que se refiere al deber ser de una actividad profesional específica y que, en cierta forma, señala la moral interna de una profesión determinada, se llama *deontología*. En las profesiones de la salud es frecuente encontrar que la deontología se expresa en términos de una codificación que pretende precisión.

Las principales funciones de la deontología son: consolidar la identidad profesional; legitimar socialmente la práctica profesional; y servir de marco para la defensa, ante la crítica social y jurídica, del ejercicio profesional.

La ética médica es una manifestación de los patrones morales de la sociedad en el ejercicio de la medicina. En la actualidad se hace extensiva a todas las profesiones de la salud. En los preceptos de la ética médica hallan reflejo las dificultades y los problemas de la práctica actual para proteger la salud pública. Su norma axial se expresa en forma negativa: no dañarás.⁽⁹⁾

La ética de enfermería es la adecuación de los principios éticos que rigen en la sociedad y en el ámbito de los profesionales de la salud, vinculándolos a las características particulares de la profesión.

Desde el surgimiento de la enfermería como profesión gracias a Florencia Nightingale, en la segunda mitad del siglo XIX, esta profesión incorporó dos principios éticos a su actuar: la fidelidad al paciente, entendida como el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el paciente sujeto a su cuidado, entre los cuales se encuentra guardar el secreto profesional acerca de las confidencias hechas por su paciente; y la veracidad, principio de obligatorio cumplimiento aún cuando pueda poner en situación difícil al propio profesional, como es el caso de admitir errores por acción u omisión.⁽¹⁰⁾

Todas las profesiones tienen explícitamente establecidas sus responsabilidades. Esa responsabilidad profesional reconocida no es más que la obligación de sufrir las consecuencias de ciertos errores cometidos en el ejercicio de la profesión, cuyas consecuencias estén jurídicamente previstas por la ley. La responsabilidad culposa comprende la omisión (negligencia, olvido, abandono e incuria o descuido) y la acción dañina (impericia, osadía e imprudencia que, cuando es extrema puede ser considerada como temeridad).

En el caso de los profesionales de la salud el error profesional está definido como todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponda con el real problema de salud del paciente. Cuando ese error produce daño, no intencional, se llama iatrogenia.

Esta palabra procede del griego. El prefijo iatro da significación médica a cualquier palabra que lo contenga; y el sufijo genia, que significa producir. Etimológicamente quiere decir producir o producido por el médico. En la actualidad se hace extensivo a todos los profesionales de la salud. Como definición de iatrogenia se reconoce su traducción etimológica, añadiéndole la noción de nocividad no intencional.

Dentro de la responsabilidad culposa por omisión, la más frecuente es la negligencia, que se define como la omisión, indolencia, desatención, morosidad, inaplicación o frialdad del actuante.

En el caso de la responsabilidad culposa por acción dañina, las más frecuentes son: la impericia, que se caracteriza por la incapacidad, incompetencia, ineptitud o inhabilidad del actuante, que refleja su ignorancia, insuficiencia o inexperiencia; y la imprudencia, que se tipifica por no haber previsto lo que era previsible y no haber hecho nada por evitarlo.

En el caso de Cuba, el delito que se comete por imprudencia está tipificado en el inciso 3 del artículo 9 del Código Penal y está prevista su sanción con 5 días a 8 años de privación de libertad, ó 5 a 1,500 cuotas de multa, en correspondencia con los agravantes o atenuantes del caso en cuestión.⁽¹¹⁾



Capítulo 6

Ética y bioética en la medicina

OCTAVIO RIVERO SERRANO

LA BIOÉTICA

A primera vista, los numerosos artículos que tratan diversos aspectos de la ética en medicina se deben al interés que despertaron los trabajos originales, en 1933, de Aldo Leopold, quien publicó el texto *Ética de la conservación* y, sobre todo, la obra del médico Van Rensselaer Pottes, profesor de la Universidad de Wisconsin, quien en 1971 escribió *Bioethics, bridge to the future*,¹ donde destacó distintos aspectos de ética relacionados con la vida del hombre en la Tierra, en un amplio concepto que hizo ver la importancia de analizar la supervivencia de todos los ecosistemas y llamó la atención, quizá por primera vez, sobre el hecho de que si el hombre no los preservaba, su supervivencia en el planeta se vería amenazada.

A estos planteamientos se les llamó *bioética*, es decir, ciencia de la supervivencia, ética para que el humano sobreviva, en el entendido de que para saber qué es lo que había que hacer debían conjugarse los conocimientos en biología con los de las ciencias sociales o humanidades. El puente al futuro que asegurara la supervivencia de los distintos ecosistemas indispensables para el hombre se concebía como la unión de una ética multidisciplinaria, que incluyera los conocimientos biológicos con los de las humanidades, para lo cual son necesarias una ética biológica y una de las ciencias sociales.

Con el transcurso del tiempo se advierte que se requiere una realidad ética en áreas sociales, sin las que es imposible asegurar la supervivencia. No son suficientes el conocimiento y la ética de ecólogos, geógrafos, biólogos, ingenieros, biomédicos, médicos y todos aquellos que deben instrumentar las medidas para asegurar la conservación de las especies si, como sucede, existe una carencia casi absoluta de ética en economistas, políticos y, sobre todo, en miembros de la iniciativa privada para los que sólo cuentan los resultados positivos de sus inversiones. Más ganancias, más y más, son su único fin.

Los temas de bioética que la humanidad debe enfrentar, estudiar y para los cuales ha de proponer soluciones son de interés, sin duda, para la supervivencia de uno de los miembros de los ecosistemas: el ser humano. Pero tienen relevancia en sí mismos y conviene distinguirlos de los que constituyen propiamente los de la ética del quehacer médico. La ética de la medicina es seguramente una parte de la bioética, pero los temas de ésta son tan importantes que vale la pena destacar en que no todo lo que se maneje como bioética es bioética médica.

En la bioética hay temas muy trascendentes que considero que se soslayan por insistir en aspectos médicos. Las principales causas de la pérdida de la biodiversidad, son la deforestación, el uso inadecuado de las aguas, la sobrepoblación y los problemas derivados de ella; la violencia racial y la violencia en sociedades en las que se ha rebasado la "capacidad de

carga".² También lo son la violencia intrafamiliar, la discriminación racial, el problema de la inmigración y sus causas, el del agua y su abastecimiento insuficiente, el manejo inadecuado de descargas de aguas negras y el tratamiento de los desechos industriales, incluidos los más importantes, conocidos como *desechos peligrosos*.³ Asimismo, los efectos de los cambios en la atmósfera, de los cuales los más destacados son la pérdida del ozono estratosférico, que incide directamente en la salud, y las variaciones por emisiones a la atmósfera de CO₂ y otros gases, que ocasionan el calentamiento global, y quizá porque sus efectos no son inmediatos la humanidad parece aplazar las soluciones necesarias para enfrentarlos.

Estos y muchos temas semejantes son problemas de bioética, y tal parece que tan inmediatos y trascendentes son los temas de medicina, que aun los grupos de bioética más renombrados han caído en "medicalizarla"⁴ y sus principales aportaciones tienen que ver con conceptuales de la medicina, como la eutanasia, las investigaciones sobre células madre, el modo de obtenerlas, los asuntos relacionados con los embriones, cómo obtenerlos, utilizarlos y conservarlos, sus aplicaciones, el aborto y otros temas del ámbito de la ética médica.

Un aspecto interesante que vale la pena comentar es que el planteamiento original del concepto bioética induciría a pensar que la mayor parte de las publicaciones sobre este tema provienen de los ecólogos: aceptando que asuntos provenientes de la interrelación de los ecosistemas de la vida tienen que ver, además de los ecólogos, con antropólogos, ingenieros, biomédicos y geneticistas, sorprende que el tema haya sido prácticamente acaparado por filósofos, no siempre con un enfoque que abarque los complejos problemas de la bioética en toda su extensión.

No sólo se ha "medicalizado" la bioética, sino que existe la tendencia, derivada de la confusión entre ética y moral, de escribir artículos sobre ética religiosa; los hay sobre ética de la medicina católica, la protestante y la judía, cuando en realidad son tratados de moral de alguna de las religiones mencionadas,⁵ muy respetables para sus observantes, pero que no deben confundirse con la ética, como ha sido aclarado en un capítulo anterior por una experta en ética. Esta confusión existe desde tiempo inmemorial. Hay principios morales y éticos en las reflexiones sobre ejercicio médico desde la época de Avicena. El mismo juramento hipocrático, que algunos dudan que sea original de ese sabio médico, contiene algunos conceptos claramente derivados de concepciones morales (*mores*: costumbres) de la época en que Hipócrates ejerció.⁶

LA ÉTICA EN LA MEDICINA

Sin duda, la llamada de atención sobre asuntos de bioética ha sido un mecanismo generador del interés cada vez mayor por el tema. Pero no es la única razón. Coincide con la necesidad evidente de reflexionar sobre aspectos de ética médica que tienen relación con avances de la medicina como rama del conocimiento, con su ejercicio y con aspectos que han cambiado considerablemente esta ciencia, como el uso de muy diversos recursos tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y, de manera sobresaliente, con la muy distinta forma de financiar el acto médico actual, que necesariamente, al menos en la medicina de especialidades, ha tenido que recurrir a la participación de externos no médicos para organizarla.⁷

Desde la aparición del concepto bioética se le ha utilizado como sinónimo de ética en medicina. En realidad, poca importancia tiene que se usen los dos términos para analizar los muy distintos aspectos de ética médica, siempre que se considere que para comprender lo que es bioética se requiere entender que no sólo trata asuntos relativos a la medicina, sino otros aspectos que interesan a antropólogos, ingenieros ambientales, geólogos, geógrafos, economistas, arquitectos, politólogos, filósofos y, sobre todo, ecólogos, lo que muestra la gran riqueza de significados que este término abarca. Se trata no sólo de la vida del ser humano, sino de la de todas las especies vivas con las que comparte su existencia en el planeta.

Al mismo tiempo es necesario entender la dimensión actual de la ética médica. Los esfuerzos por comprender la rebasan con mucho preceptos como los enunciados en el juramento hipocrático, "La plegaria del Médico", del filósofo Maimónides, los principios de la reglamentación médica que debían cumplir los médicos en la Nueva España durante la época Virreinal, que eran los de España,⁸ y aun las normas éticas sugeridas por Samuel Bard y John Gregory en la Inglaterra del siglo XVIII, o quizá el antecedente más importante: la publicación de Percival Potts, *Medical ethics*, que se diseñó para que sirviera como conjunto de reglas de comportamiento de los médicos en Manchester Royal Infirmary⁹ y que inspiraron en gran parte el código de la Asociación Médica Americana (AMA) en 1847.

Todos estos documentos son trascendentes en el desarrollo del ejercicio de la medicina, pero se encuentran superados por una medicina completamente nueva y porque algunos de ellos cayeron en la confusión de mezclar conceptos de moral, en ocasiones de moral como costumbres de una época o como moral religiosa.

Hoy se considera que un ejercicio ético de la medicina debe cumplir en todos los casos y en todas las situaciones con cuatro principios fundamentales: exclusivamente el “beneficio” del enfermo; evitar cualquier acto que derive en el “maleficio” de la acción médica; la “equidad” en la administración de la medicina y justicia, que incluye “respetar la autonomía” del paciente.¹⁰ Algunos autores estiman que además de estos cuatro principios fundamentales deben enunciarse otros que podrían llamarse secundarios, como la confidencialidad del acto médico, el consentimiento informado, la preparación en conocimientos y las destrezas.¹¹ En la actualidad conviene distinguir cuatro escenarios o aspectos que se han de considerar en la ética médica:

1. Aspectos conceptuales, como el análisis de asuntos relacionados con nuevos conocimientos que inducen nuevas prácticas o aplicaciones de la medicina. Tales son los relacionados con los muy diversos aspectos derivados del descubrimiento del genoma humano y sus aplicaciones en la medicina; la obtención, conservación y utilización de células madre; la obtención, el manejo y la conservación de embriones; la interrupción del embarazo; las variadas técnicas de fecundación asistida; el alcance de las técnicas de homo o heterotrasplantes; la eutanasia; el aborto y otros temas que surgen en forma casi continua debido al avance incansante de los conocimientos y la innovación tecnológica.

2. Aspectos derivados del ejercicio mismo de la medicina, es decir aquellos que el médico enfrenta cotidianamente en su práctica profesional, como la dicotomía (ver más adelante), el ejercicio sin certificación de conocimientos, el exceso en el uso de recursos, el cobro indebido, la cirugía innecesaria y la medicina con fines de lucro, por citar sólo algunos ejemplos que se analizarán detenidamente en otro capítulo de esta obra.^{12,13,14}

3. En la medicina actual hay aspectos de ética que no dependen del médico. El ejercicio profesional ha cambiado en la forma en que sucede un acto médico, debido a que la organización de la medicina ya no está en la mayor parte de los casos, en manos de médicos. Por ello es de mencionar la necesidad de una ética de los organizadores de la medicina, ya sean éstos organismos públicos o privados. En estos dos casos los fines de la organización médica son muy distintos del único objetivo que la medicina debe tener: el beneficio del enfermo.

4. En lo que concierne a las organizaciones públicas de asistencia médica, influyen en la organización

de los sistemas públicos de atención, aspectos de política, conceptos de economía, apoyo hacia organizaciones sindicales y sus prestaciones, y la definición o no de una política de salud. En el caso de instituciones privadas en las cuales un grupo ha realizado grandes inversiones, necesariamente está presente la obtención de los beneficios económicos esperados de la inversión.

Por todo ello, en estos dos últimos casos la responsabilidad ética frecuentemente no depende de los médicos en ejercicio, sino que es un aspecto de una “ética organizacional” en la que habrá que progresar si deseamos que la medicina conserve los principios que se reconocen como definitorios de una ética médica moderna.^{15,16}

La ética médica ha cobrado suma importancia debido a los diversos cambios que ha experimentado la medicina actual y a que se encuentra sometida a embates cotidianos que se relacionan con respetar los principios éticos que he enunciado, muchos de los cuales no tienen que ver con el médico, sino con el nicho en el cual ejerce. Por ello no extraña que en las principales escuelas de medicina del mundo el tema se trate de distintas maneras, pero esté presente en forma de materias curriculares, seminarios, conferencias, etc. Muchos autores mencionan la necesidad de reflexionar sobre este aspecto no sólo en las escuelas, sino en las residencias médicas, en los comités de hospitales y en congresos celebrados ex profeso.¹⁷ Recientemente, en el posgrado de la Facultad de Medicina se ha implementado un curso en línea dirigido a los residentes de aquellos cursos afiliados a esta división, que intenta hacerlos reflexionar sobre los diferentes aspectos de la ética que pueden presentarse en la atención de los enfermos en los hospitales.¹⁸ También, el director de uno de los principales nosocomios privados del área metropolitana de la Ciudad de México desarrolla un seminario de ética con médicos de la institución involucrados en el manejo de un caso que presente aspectos éticos. La realización de este seminario mensual ha servido para alertar a los médicos de ese hospital sobre diversos aspectos de la ética en el ejercicio cotidiano de la medicina hospitalaria.¹⁹

Hay temas del quehacer médico actual que acaparan la atención porque son situaciones en que más fácilmente se presenta el conflicto ético. Algunos de ellos son problemas éticos que comparte la medicina en diversos países. La preparación de los médicos se ha mencionado como una de las obligaciones éticas fundamentales. A consecuencia de la publicación por la Academia de Ciencias de Nueva York referente a

un número elevado de muertes en hospitales en esa ciudad debidas a errores médicos, se han tomado medidas para enfrentar el problema.²⁰ En nuestro medio no hay estudios que permitan conocer si existe algo semejante.

Se mencionan como problemas la atención de enfermos en las salas de urgencias,²¹ la decisión de los médicos en servicios de terapia médica intensiva ante casos de pacientes en fase terminal de enfermedades sin curación,²² las formas de ayudar a un enfermo que va en el morir a corto plazo, la actitud del médico ante pacientes que rechazan cierto tipo de medidas terapéuticas,²³ la ética con que debe concebirse el tratamiento de un enfermo no por un médico aislado, sino por la medicina de grupo, cada vez más frecuente.²⁴ Para introducir al mercado nuevos medicamentos la tecnología actual se vale de la promoción a través de medios de comunicación, principalmente televisión o Internet. Existe en este último medio una campaña amplia y continua en relación con el tratamiento de las principales enfermedades crónicas del adulto. La publicidad de productos que supuestamente combaten el envejecimiento ha llegado no sólo a ocasionar problemas éticos, sino que implica aspectos legales.²⁵ Otros autores se refieren a las situaciones médicas relacionadas con las demandas por mala práctica.²⁶

Hay problemas éticos en la medicina actual que no son universales como los mencionados, sino propios de la organización de la medicina en México, y no faltas éticas imputables al médico. Quizá el más notorio consiste en una organización de la medicina que no es equitativa para los ciudadanos del país. Es el caso de una falta de ética organizacional. No depende de los médicos; éstos la padecen junto con los pacientes. Una medicina equitativa se lograría si cualquier mexicano, independientemente del lugar en el que viva y de su condición socioeconómica, tuviera el mismo acceso a una medicina de calidad, con las mismas facilidades para obtenerla y llegar a instalaciones de semejante estructura física y recursos, con personas de calidad similar y en número suficiente. ¿Tienen los mexica-

nos esa medicina cuando acuden al IMSS, al ISSSTE, a los hospitales de la SSA; cuando tienen que recurrir a pequeños nosocomios tanto públicos como privados en el interior del país?²⁷

Otro problema ético en nuestro medio es la diferencia en la formación de médicos. De las más de 90 escuelas de medicina del país, al menos una tercera parte no ha certificado su calidad. ¿Es ético permitir que ejerzan médicos con preparación desigual? Es indispensable que exista una legislación al respecto que dé por resultado la depuración de los sitios de formación de médicos, algo semejante a lo que se logró con el informe Flexner hace un siglo en Estados Unidos.

Un problema más que ha crecido durante los últimos años y que es responsabilidad oficial el establecer normas para contenerlo es el hecho de que la publicidad de productos directamente a los posibles pacientes a través de medios de comunicación masiva podría ser útil para orientar la medicación que las personas pueden utilizar sin peligro. Así, hay un grupo de productos de uso sencillo que la ley permite al consumidor adquirir sin necesidad de una receta médica. Este es el uso positivo de ese medio de información, pero el inadecuado se da, y desafortunadamente es frecuente, cuando se promueve el empleo de sustancias o métodos de tratamiento que no tienen sustento científico. Esta publicidad no sólo no es útil a la población, sino que la induce a consumir productos que en ocasiones representan un posible efecto peligroso.

Aun en el caso de la publicidad de productos útiles hay consenso en el sentido de que induce necesariamente al público a usar los anunciados, ya sea que los exija al médico en la consulta o, lo que es más común en nuestro medio, que los compre en la farmacia sin mayor consejo. Hay estudios que demuestran que el gasto en esta publicidad por los laboratorios encarece los productos y que el que acaba pagando este encarecimiento es el paciente.²⁸ Por tanto, esa práctica atenta contra los principios de no maleficencia, de justicia y de equidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reich, W. T., "How bioethics got its name", *The birth of bioethics*, suplemento especial, Hastings Center Report, **23** (6), 1993.
2. McMichael, A. J., *Planetary Overload*, Cambridge University Press, Londres, 1993.
3. Rivero, S. O., "Fate, transport and interactions of heavy metals", *Environ. Health Perspect.*, **103**:7-8, 1995.
4. <Colombia.com/ética-médica-capituloII.htm>, 2007.
5. Kuthy, P. J. y cols., *Introducción a la bioética*, Méndez Editores, México, 1997.
6. Hippocrates, "Oath of Hippocrates" (Fourth Century B. C. E.), W. T. Reich (dirs.), *Encyclopaedia of bioethics*, Nueva York, MacMillan, 1995, pág. 2632.

Definición. «Bioética» es un término acuñado por Potter en 1970. Está formado por dos palabras griegas: *bíos*, que significa vida, y *éthos*, costumbre. Etimológicamente, ética de la vida. La bioética se puede definir como: la ciencia que regula la conducta humana, en el campo de la vida y la salud, a la luz de valores y principios morales racionales.

Características. La bioética tiene las siguientes características:

- Es humana: concierne directamente a la vida y la salud de hombre, e indirectamente al entorno en el que vive.
- Es racional: regula las intervenciones según valores morales, fundados en la dignidad de la persona humana
- Es universal: válida para todos los hombres sin distinción de cultura o religión, porque está fundada únicamente en la racionalidad humana.
- Es interdisciplinar: se sirve de la colaboración de todas las disciplinas implicadas: biología, medicina, derecho, filosofía, etc.

Equívoco. Erróneamente se habla de:

- Bioética laica: pone el acento sobre la independencia y contraposición con respecto a perspectivas inspiradas por la religión.
- Bioética religiosa: se inspira en posiciones religiosas.

La bioética ni es religiosa ni laica; es sencillamente «bioética». Cualquier adjetivación representa una deformación tendenciosa. En todo caso se podría hablar de una bioética -personalista para indicar que el criterio de valoración ética es la dignidad y el valor absoluto de la persona humana.

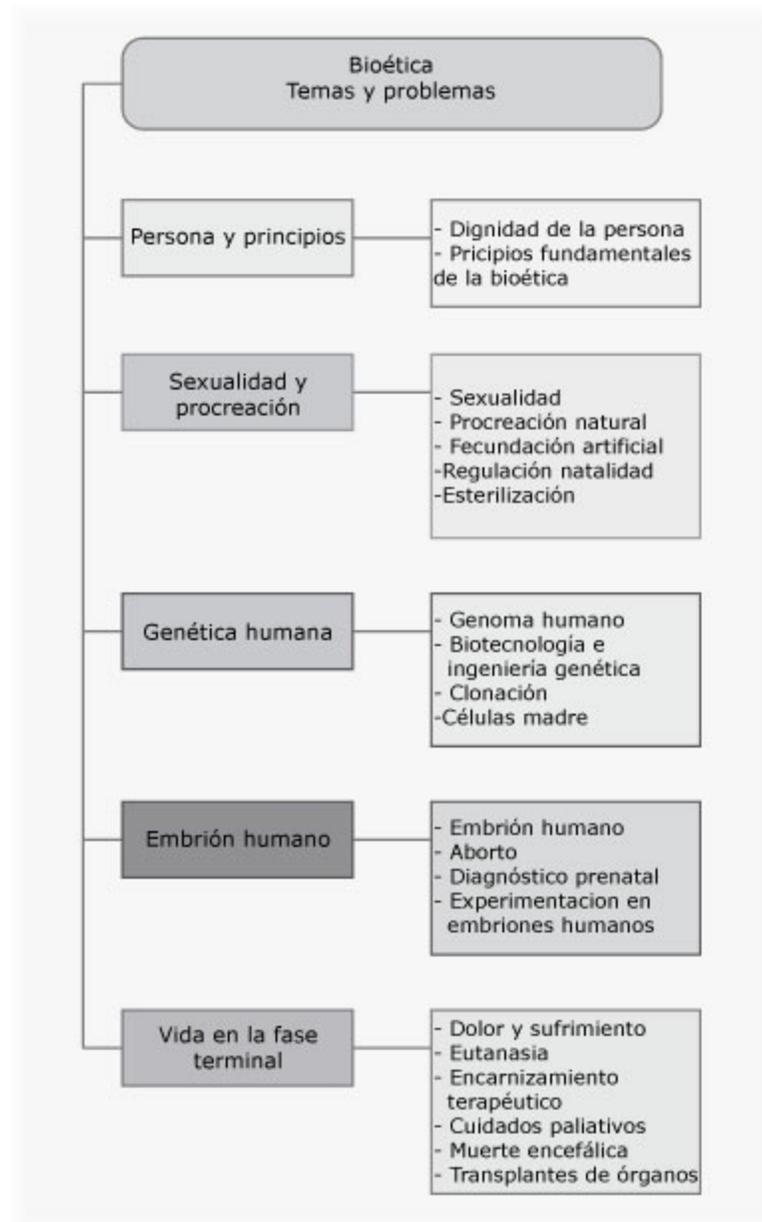
Ámbitos. Se puede hablar de dos ámbitos:

- Bioética general: se ocupa de los valores y de los principios éticos generales (filosofía moral).
- Bioética aplicada: aplica los principios generales a temas y casos concretos bajo el perfil biológico, médico, jurídico y ético.

Temas y problemas de bioética. Los principales temas de bioética son los relacionados con:

- La procreación humana: sexualidad humana, procreación natural, fecundación artificial, regulación natural de la fertilidad y anticoncepción, esterilización.

- La genética humana: genoma humano, biotecnologías y terapia génica, clonación y células madre.
- El embrión: embrión humano, aborto, diagnóstico prenatal, intervenciones en embriones humanos.
- La vida en la fase terminal: dolor y eutanasia, encarnizamiento terapéutico, cuidados paliativos, muerte encefálica y trasplantes de órganos.



14. Desarrollo del reconocimiento de los derechos humanos y la necesidad de normar los derechos que se refieren a la salud.
15. Las necesidades cada vez más apremiantes de salud de la comunidad y los recursos que el Estado asigna para cubrirlas.
16. Preocupación por el trato a los animales que habitan nuestro planeta, y en particular por los que usamos en el laboratorio para investigación.
17. Los problemas ecológicos y del desarrollo sustentable, que afectan el bienestar y la salud de los seres vivientes.

Todos estos fenómenos han surgido o se han exacerbado durante los últimos decenios. Sin excepción, cada uno de ellos ha requerido profundas reflexiones para definir el "deber ser" de la resolución de esos asuntos; y todos son hechos extraordinariamente complejos. Sería absurdo, cuando no inútil, tratar de abordarlos únicamente a través de una sola doctrina filosófica o de una teoría social.

En la historia perviven los conceptos de pensadores que nos han iluminado con ideas de gran sabiduría. Si estas ideas forman un conjunto congruente, sistemático, profundo, sin evidentes contradicciones, dan lugar a una escuela o corriente de pensamiento que a todos nos enriquece. Sin embargo, ante problemas como los que a menudo nos presenta la bioética, si nos limitamos a una sola corriente estaremos acotando nuestras posibilidades de actuación. Por eso preferimos tomar en cuenta, de lo que conocemos, aquello que consideramos que más nos acerca a lo correcto, a lo que es bueno en un caso específico, que se da en ciertas circunstancias y condiciones, y de acuerdo no sólo con nuestra escala de valores, sino también con la de las personas involucradas en el problema que tratamos de resolver. A este enfoque podemos llamarlo de *pluralidad de valores, pluralismo ideológico y moral* y tal parece que es el más indicado para resolver muchos de los problemas que se analizan en la bioética.

LAS INVESTIGACIONES EMPÍRICAS Y LA BIOÉTICA

La bioética no puede basarse únicamente en un análisis filosófico conceptual, aunque éste resulta indispensable. Las investigaciones empíricas son muchas veces necesarias para resolver los problemas individuales de salud, así como los dilemas colectivos. Los procedimientos más adecuados en el manejo de los pacientes, en la asistencia sanitaria de una región, en las medidas prioritarias, en la asignación de los recursos para la salud no pueden establecerse sin el conocimiento de experiencias empíricas previas o de la realización de investigaciones sobre la población a la cual servimos.

EL INFORME BELMONT Y LOS PRECEPTOS DE BEAUCHAMP Y CHILDRESS

En 1974 en el Congreso de Estados Unidos de América se creó una comisión encargada de identificar los principios éticos básicos que deberían guiar la investigación en seres humanos y en la biomedicina. En 1978 los comisionados publicaron el *Informe Belmont*, que contenía tres principios: la autonomía del paciente, el beneficio y la justicia. En 1979 Tom L. Beauchamp (quien había sido miembro de la comisión) y James F. Childress publicaron un libro en el que profundizaron en estos conceptos y añadieron un cuarto: el de no maleficencia. Otros autores, como Dworkin R. y Engelhardt H., agregaron muchos otros preceptos y criticaron la posición "principlista" de Beauchamp y Childress, señalando que en casos específicos este enfoque puede no ser aplicable y se presta a contradicciones. A pesar de ello, por la relevancia de estos preceptos se analizarán con cierto detalle, pues constituyen conceptos bioéticos de importancia de los cuales se estudiarán los siguientes:

- Autonomía.
- Información.
- Confidencialidad.
- Privacidad.
- Beneficio.
- El no hacer daño.
- Justicia.
- Dignidad.

AUTONOMÍA

El concepto de autonomía se deriva de Immanuel Kant (1724-1804), quien la definió como la propiedad de la voluntad que, racional y libremente, se autoprescribe una norma para actuar en consecuencia, a diferencia de la heteronomía, en la que la *Ley moral* es impuesta desde fuera. De acuerdo con la autonomía, cualquier persona que solicita o requiere atención a la salud tiene la prerrogativa de aceptar o no las indicaciones del médico y del personal de salud.

El concepto de autonomía lleva implícito el derecho a aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento.

En ocasiones el enfermo muestra una actitud negativa ante una recomendación, pero esto no significa necesariamente que el médico debe aceptar de inmediato esa actitud. Si logra penetrar en los factores que han in-

fluido en la decisión y el grado de autonomía en la que está basada, puede intentar modificar una decisión negativa. Puede, por ejemplo, ofrecer su intermediación para aclarar alguna circunstancia familiar o definir un concepto mal entendido, o dar una explicación más amplia para que el enfermo cambie su actitud y se logre un beneficio mayor, sin lesionar su autonomía. Si la decisión del paciente ha sido tomada libremente, congruente con sus valores, planes e intereses, es el resultado de una amplia información y ha brotado de una cuidadosa reflexión moral, el médico debe respetar esa opinión y no festinar una en contrario. En última instancia, debe prevalecer la decisión del enfermo.

El derecho de un ser humano a sus creencias no se limita a permitirle que tenga algunos conceptos o ideas sobre las cosas, sino que pueda actuar en consecuencia. Esto parece justificar la actitud de los testigos de Jehová, personas profundamente religiosas que basan su rechazo a las transfusiones sanguíneas en varios pasajes de la *Biblia* como se menciona en los libros de Levítico, Génesis y Hechos de los apóstoles:

Si cualquier varón de la casa de Israel, o de los extranjeros que moran entre ellos, comiere alguna sangre, yo pondré mi rostro contra la persona que comiere sangre, y la cortaré de entre su pueblo (Lv 17:10-14).

‘Pero carne con su vida, que es su sangre, no comeréis (Gn 9:3-4).

Que os abstengais de lo sacrificado a ídolos, de sangre, de ahogado y... (Hch 15:29).

Para el testigo de Jehová la transfusión de sangre es una forma rápida de alimentarse y constituye un pecado imperdonable que lo contamina y le quita la posibilidad de una vida eterna en el cielo. Él cree fervientemente que la vida del hombre en la Tierra no es importante y el creyente que durante su paso en el mundo no haya sido corrompido ni contaminado obtendrá la gloria eterna.

Si se sopesa la carga emocional de estas creencias, que para cada individuo deben ser tan respetables como las de aquel que profese otra religión, se comprende la renuencia a las transfusiones sanguíneas de estas personas. El precepto bioético de la autonomía otorga fuerza a tal postura.

Gracias a su autonomía, un enfermo en estado terminal tiene derecho a exigir que se le suspendan los medios para mantenerle la vida, y los médicos y las instituciones están obligados a cumplir las indicaciones del paciente.

Desde hace varios años en algunos países se acepta que una persona señale legalmente cuáles son sus deseos para ser tratado los últimos días de su vida. Puede así indicar que en el caso de que sean exiguas las posibilidades de sobrevivencia o que esté sujeto a manifestaciones dolorosas físicas o morales muy intensas, sean suspendidos los tratamientos que lo mantienen con vida. Estas indicaciones se anotan en un *testamento vital* (*Living Will*) que se ha llamado también

26 Cap. 1. El desarrollo de la bioética y sus preceptos

voluntad anticipada. En esos países tiene fuerza legal y debe ser obedecida por los familiares, los profesionales o las instituciones en donde el paciente es atendido.

En México se está promoviendo una ley relacionada con este derecho, que ya tiene vigencia en el Distrito Federal y que quedaría incorporada a la *Ley General de Salud* si llegara a aprobarse por la legislatura federal.

La autonomía del paciente tiene algunas limitaciones como aquellas en las cuales su deseo puede perjudicar a la sociedad. Es difícil aceptar que un enfermo de sida no le informe a su pareja sobre su padecimiento, por el grave riesgo que tiene de contaminarla. La autonomía tampoco le permite dejar de aplicarse algún tratamiento curativo que evite la diseminación de una enfermedad contagiosa como la tuberculosis o el paludismo.

INFORMACIÓN

El médico debe informar al paciente sobre su afección en la forma más comprensible para él. Esta información debe darse de manera prudente y oportuna, para no producir un daño al enfermo que puede ser irreparable. En todo caso, la información debe proporcionarse a la persona adecuada que represente al paciente.

CONFIDENCIALIDAD

El resguardo de la información sobre la persona que se trata, tanto de parte del médico como de la institución, es uno de sus derechos más sólidos. Aunque son muchas las personas que tienen contacto con los datos clínicos del paciente, todas ellas deben guardar el secreto de esta información. La base de la confianza del enfermo para comentar sus síntomas con el personal que lo trata está precisamente en la seguridad que tiene en esa confidencialidad, que no debe quebrantarse a menos que surja algún problema de índole judicial que obligue a descubrir la información ante una autoridad.

PRIVACIDAD

La privacidad a la que tiene derecho el paciente depende del tipo de institución en la que recibe atención. Las instalaciones hospitalarias que están a cargo de empresas privadas o de instituciones oficiales deben permitir un mínimo de privacidad para todos los pacientes y la posibilidad

de comunicarse con sus familiares. En los servicios de terapia intensiva, so pretexto de mayor eficiencia y por comodidad del personal, se niega el contacto de los enfermos con sus amigos y parientes, lo que aumenta la angustia de todos los involucrados y suprime el consuelo que se pueden proporcionar. Las instituciones de salud deberán preocuparse por darle adecuada solución a este problema.

BENEFICIO

Este precepto consiste en procurar el mayor bien para el enfermo o para una comunidad. Para ello han sido educados los médicos y los demás miembros del personal de salud y han aprendido cuáles son los mejores métodos con los que cuentan para obtener el óptimo beneficio, de acuerdo con las características de cada momento y con los avances de la ciencia. La correcta actitud del personal de salud debe ser considerada histórica, modificable y progresivamente mejor, de conformidad con la evolución de la ciencia.

El procurar el beneficio del paciente exige al personal de salud que se actualice constantemente en su disciplina. A los que trabajan en una institución oficial, ésta debe proporcionarles los medios para su capacitación continua. Una buena biblioteca que incluya medios electrónicos de información actual será útil para conocer los avances de la ciencia, los mejores métodos de diagnóstico y de tratamiento con los que se cuenta en determinado padecimiento y pondrá en condiciones al personal de otorgar el mayor beneficio. La asistencia a congresos y reuniones académicas también facilitan la actualización.

La institución ha de contar con las instalaciones, los equipos, los materiales de consumo y los medicamentos necesarios para que el personal de salud pueda poner en práctica el beneficio de los enfermos.

No bastan la capacidad ni la buena voluntad, ya que el más alto nivel académico y el sentido de responsabilidad más elevado no pueden suplir las carencias materiales de una institución.

Este precepto bioético no se agota con el ejercicio técnico. Para su alivio el enfermo requiere, de parte del personal, un trato amable, respetuoso, que demuestre interés genuino en su curación. En esta forma su estado psicológico coadyuvará a su mejoría. Un trato poco cortés, discriminatorio o indiferente intensificará sus molestias y sus angustias y afectará su disposición a colaborar para su propio beneficio.

Por ello la beneficencia tiene una base importante en la ética pragmática. En el área de la salud, para hacer el bien hay que saber cómo hacerlo. Desde luego, la utilidad de nuestras acciones se derivará de que lo que hacemos sea lo apropiado, lo mejor que la medicina ofrezca para nuestros pacientes.

28 Cap. 1. El desarrollo de la bioética y sus preceptos

La beneficencia no puede concebirse integralmente si el equipo de salud carece de las actitudes y las normas que le brindan las corrientes éticas de la virtud: el interés por el enfermo, la compasión por sus problemas, el trato amable, la dedicación en el seguimiento de su enfermedad, son cualidades indispensables en los profesionales y técnicos, que redundan en beneficio del paciente.

Por último, las doctrinas éticas comunitarias o sociales fijarán las directrices para que los miembros del equipo de salud cuenten con los medios que les permitan actuar adecuadamente. Para esto requieren instalaciones, equipos, material de consumo y medicamentos. En este sentido, la justicia distributiva resulta esencial para cumplir con la beneficencia.

EL NO HACER DAÑO

El no hacer daño (o no maleficencia) es una de las normas médicas de tradición más antigua e indica la necesidad que tiene todo médico de analizar con sumo cuidado los procedimientos de diagnóstico o tratamiento que prescribe a su enfermo que pueden causarle algún trastorno, y en el caso en que sea así, si es justificable, debido a los beneficios que espera obtener.

No hacer daño significa no sólo evitar el dolor o los trastornos secundarios a los procedimientos o medicamentos, sino que se puede hacer daño cuando el médico o la enfermera, con sus expresiones, producen ansiedad innecesaria o despiertan desconfianza.

Se provoca un daño cuando se impide de alguna manera que se otorgue al paciente un mejor procedimiento diagnóstico o un tratamiento más idóneo. Se puede también dañar si no se toma en cuenta la condición económica del enfermo o de su familia.

El proporcionar beneficios y el no hacer daño comparten la necesidad de una preparación académica de alto nivel a la que deben aspirar todo médico y el resto del personal de salud. Requieren también una integridad a toda prueba para que el bienestar del paciente esté siempre por encima de cualquier interés personal, y recurrir a los medios que produzcan menos molestias al enfermo y que lo expongan a los menores riesgos.

JUSTICIA

Ésta puede entenderse como el conjunto de principios que se aplican a los individuos y a las instituciones en circunstancias particulares. Si se refiere a los premios o castigos que se otorgan a quien ha hecho un beneficio o un daño a la sociedad, se habla de *justicia conmutativa*. Si se trata de las normas que deben buscarse y aplicarse para que los deberes y re-

cursos con que cuenta el Estado sean asignados de manera equitativa a todos los individuos, estamos en el campo de la *justicia distributiva*.

La bioética se interesa particularmente por la justicia distributiva, que permite la asignación de recursos a las instituciones de salud para que puedan cumplir con sus metas de prevención, curación y rehabilitación, y su personal esté en condiciones de cumplir con los otros preceptos bioéticos: la beneficencia, el no hacer daño y respetar en plenitud la autonomía y la dignidad de las personas que forman un conglomerado social. A pesar de su importancia, el tema de la justicia en un principio se abordó tímidamente por los bioeticistas. Por fortuna, en los últimos tiempos se ha dado particular atención a estos problemas.

Los seres humanos, como personas que poseen una dignidad individual y como seres sociales que dependen de otros, tienen derechos y deberes que se han reconocido a través de la historia y plasmado en leyes o en documentos aceptados por la mayoría de las naciones del mundo. El derecho a la protección de la salud es uno de los más relevantes.

El Estado tiene la función de asignar con justicia los recursos. Además, la comunidad, los grupos sociales y cada individuo deben cooperar para que las cargas y los beneficios se distribuyan de manera justa.

Los bioeticistas, dice Kuczeivskín, deben preocuparse no sólo en pensar, analizar, discutir, sino en hacer lo necesario para el beneficio de la sociedad. Poner en tela de juicio los programas, acciones, tendencias políticas y buscar la forma de ayudar a las personas que lo requieran. Los bioeticistas están siempre en la plaza pública (*public square*). El consenso de los bioeticistas debe ponerse a la consideración de todas las personas de la sociedad, y cada una de ellas debe pensar en el problema como algo que le afecta tanto a ella como a su comunidad.

Las instituciones, que constituyen la estructura básica del Estado, se fundan en un conjunto de normas establecidas por los que participan en ellas, como resultado de un acuerdo que ha de ser respetado. Ese acuerdo será conocido y aceptado no sólo por los que dirigen la institución, sino por la población involucrada y afectada. Las expectativas mutuas tendrán una base común de beneficio y con ello la institución cumplirá con la justicia. Las acciones que por motivos de conveniencia personal, de imposición política o desviación ideológica destruyan la misión para la que la institución fue creada en un acuerdo común, deben considerarse injustas.

Estos conceptos se sustentan tanto en la ética comunitaria o social como en los conceptos de los convenios o contratos que realizan entre sí los seres humanos, que en algunos casos es evidente que deben fijar las normas de los funcionarios y de los que participan en las actividades de la institución. Éstos deben buscar también la eficiencia y el máximo beneficio para el mayor número de personas.

30 Cap. 1. El desarrollo de la bioética y sus preceptos

Churchill considera que la emergente preocupación de la ética por las políticas de salud, está otorgando a esta ciencia una seriedad y una relevancia humana que le hacían falta. Sólo la reflexión ética nos permitirá decidir si los sistemas de salud que tenemos son los que nos conviene y deseamos. Los enredados detalles de los problemas predominantemente pragmáticos de la atención a la salud deben ser motivo de estudio serio y de capacitación de quienes se introducen en el campo de la bioética.

DIGNIDAD

La dignidad puede definirse como el conjunto de valores de todo ser humano inherentes a su propia existencia, que le hacen merecer ante sí mismo y ante los demás respeto, consideración y solidaridad en lo que se refiere a su integridad, bienestar y libertad.

La bioética, que se preocupa por la salud y el bienestar de todos los seres vivos, debe considerar que los individuos, cualquiera que sea su condición social, étnica, mental o física, son sujetos de respeto y de preocupación por quienes han comprometido su vida y sus actos en el equipo de salud. El trato digno y el interés por aliviar los males ajenos se manifiesta en las acciones que realicen, que buscarán siempre cumplir con los preceptos bioéticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainslie, D. C., *Principlism*, *Encyclopedia of Bioethics*, 3a. ed., Macmillan, Nueva York, 2004.
- Beauchamp, T. L. y J. Childress, *Principles of biomedical ethics*, 3a. ed., Oxford University Press, Nueva York, 1989.
- Berlinguer, G., *Bioética cotidiana*, Siglo XXI, México, 2002.
- Dworkin, R., *Life dominion: An argument about abortion, euthanasia and individual freedom*, Knopf, Nueva York, 1993.
- Engelhardt, H., *The foundation of bioethics*, 2a. ed., Oxford University Press, Nueva York, 1996.
- Gracia, D., *Bioética clínica*, ts. I, II, III y IV, El Búho, Bogotá, 1998.
- Macer, D. R. J., *Bioethics for the people by the people*, Eubias, Ethics Institute, Japón, 1993.
- Potter, V. R., *Bioethics: Bridge to the future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1971.
- Rábago, L., *La bioética para el derecho*, Universidad de Guanajuato, México, 1998.
- Sánchez-Vázquez, A., *Ética*, Grijalbo, Barcelona, 1969.

1. Presupuestos de la bioética

En la epistemología bioética existen cuatro niveles fundamentales:

1. Los problemas científicos relacionados con la vida humana en sus diferentes estadios.
2. Los problemas antropológico-metafísicos, relativos a la naturaleza humana, la espiritualidad del hombre, la noción de persona.
3. Los problemas éticos.
4. Los problemas jurídico-legislativos.

Estas cuatro perspectivas pueden evitar caer en lo que Ortega y Gasset llamó «el terrorismo de los laboratorios», según lo cual, «si una cosa es posible, entonces es buena». Olvidarlos es no tener presente la distinción aristotélica entre:

- la técnica, cuyo fin es el *bonum operis* (la perfección de la acción), y
- la ética, cuyo fin es el *bonum operantis* (el bien del hombre).

Históricamente se habla de tres principios en bioética:

1. Principio de autonomía (autodeterminación de la persona).
2. Principio de beneficencia (el mejor bien para la persona) y de no-maleficencia (no dañar a la persona).
3. Principio de justicia (ecuarrepartición de los pesos/beneficios).

Por motivo de mayor claridad, aquí se prefiere hablar de seis principios fundamentales.

2. Principios fundamentales de la bioética

Una vez que hemos establecido quién es la persona humana y en base a los cuatro niveles o perspectivas fundamentales, estamos en condiciones de enunciar los principios fundamentales que tienen que guiar el comportamiento bioético, respetando, precisamente, la dignidad de cada persona.

Primer principio

El valor absoluto de la vida humana y su inviolabilidad. La vida humana no es solo un proceso orgánico, sino la vida de una persona, que vale por sí misma, no es medio o instrumento para otros, y tiene dignidad y derechos propios. La vida del hombre tiene valor absoluto y es inviolable porque solo él es unidad de cuerpo y espíritu, es decir, porque solo él es «persona».

Segundo principio

El nexo inseparable entre vida/verdad/libertad. La vida, la verdad y la libertad son bienes inseparables, eslabones de una misma cadena: cuando se rompe uno, también se acaba violando el otro. No se está en la verdad cuando no se acoge y se ama la vida, y no hay libertad plena si no está unida a la verdad. Separar la libertad de la verdad objetiva hace imposible la fundamentación de los derechos de la persona sobre una sólida base racional y establece las premisas de comportamientos arbitrarios y totalitarios, tanto de los individuos como de las instituciones. Ejemplares son, al respecto, las palabras del Maestro de Nazaret: «la verdad os hará libres».



Tercer principio

Conocer para curar, no para manipular. La finalidad natural y primaria de la medicina y del progreso técnico-científico es la defensa y la protección de la vida, no su manipulación o eliminación. Por tanto:

1. Es lícita toda intervención médica que favorece el desarrollo natural de la vida de una persona (intervención según la naturaleza); p. ej., medicinas, intervenciones quirúrgicas.
2. Es ilícita toda intervención que se opone al desarrollo natural de la vida de una persona (intervención contra la naturaleza); p. ej., aborto, eutanasia.
3. Es ilícito todo comportamiento disconforme con las modalidades que la naturaleza humana indica para conseguir tal desarrollo (intervención innatural); p. ej., fecundación in vitro.

Cuarto principio

No todo lo que es técnicamente posible, es moralmente admisible. Libertad de investigación científica y dignidad de la persona caminan juntas. No se trata de desconfianza y, tanto menos, oposición al desarrollo técnico-científico, sino de hacer que este esté al servicio del hombre y no de su manipulación o destrucción. Por ejemplo, es técnicamente posible asaltar un banco, pero eso no justifica que sea lícito.

Quinto principio

Las leyes de los Estados tienen que tutelar el bien de las personas. Las leyes de los Estados tienen como objetivo natural la tutela del bien de las personas y la defensa de los más débiles y de los inocentes de las agresiones injustas. Por tanto, ninguna ley civil que de algún modo atente contra este bien primordial (la vida es el primero y principal bien) podrá ser considerada moralmente legítima, ni siquiera cuando es fruto del voto de una mayoría. Si eso sucediera, faltaría toda referencia a valores comunes y a una verdad válida para todos. Entonces, todo sería convencional y negociable. En un estado democrático, la mayoría hace la legalidad, pero no necesariamente la moralidad.

Sexto principio

Principio de la acción con doble efecto. Este es un principio común en ética, pero muy importante y que hallaremos varias veces aplicado a los temas bioéticos. Una acción voluntaria puede tener, además del efecto directamente querido, otro efecto indirecto que es una consecuencia no querida de modo alguno, ni como fin ni como medio, pero que es tolerada en cuanto se encuentra inevitablemente ligada a lo que se quiere directamente. Así, por ejemplo, una persona se somete a un tratamiento contra la leucemia que provoca, como efecto indirecto no deseado, la calvicie. Para distinguir el efecto directo del indirecto en una acción, puede utilizarse el siguiente criterio. Para que el efecto indirecto sea tal se tienen que verificar las cuatro condiciones siguientes:

1. La acción tiene que ser buena en sí o, cuanto menos, indiferente. Por ejemplo, mentir para ganar la lotería y luego dar el dinero en beneficencia no sería una acción buena en sí y, por tanto, es ilícito.
2. El efecto malo no puede ser la causa, ni el medio para alcanzar el efecto bueno querido directamente. Por ejemplo, la mentira, en el caso anterior, es la causa y el medio y, por tanto, es ilícita.
3. No tiene que existir ninguna otra alternativa válida para alcanzar el efecto bueno. En el ejemplo anterior hay otras opciones: ganar el dinero, que lo done a una asociación benéfica, etc.
4. El efecto bueno tiene que ser proporcionalmente superior o, al menos, equivalente al efecto malo. Por ejemplo, en el caso del aborto, no se daría tal proporción si, para curar un resfriado, la madre tomara una sustancia que provocara la expulsión del embrión.

que de fondo, sigue practicándose esta costumbre. Hace unos 40 años, en los consultorios de algunos médicos ultraconservadores, se encontraba pendiente de la pared y perfectamente enmarcado este aparentemente inmortal código médico.

Desde el siglo IV a.C. hasta principios del siglo XIX d.C. aparentemente ningún médico trató de modificar significativamente los principios del juramento de Hipócrates o de Cos, quizá por considerar vigente sus principios deontológicos. La siguiente y más notable contribución al desarrollo de la ética médica la hizo Thomas Percival, médico, filósofo y autor inglés que en 1803 publicó su *Code of Ethics*, conocido como *Código de Ética de Percival*, con dedicación abocada a hospitales. El código ético que en 1847 adoptó la *American Medical Association*, se basó en éste y el de Hipócrates, denominado *Principios Básicos de Ética Médica de la AMA*. Posteriormente surgieron el *Código de la Asociación Mundial de Médicos* y en 1948 en Ginebra, Suiza, se realizó un compendio de éste que logra una adaptación y síntesis de los anteriores: la *Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial* llamada también *Juramento de Fidelidad Profesional* (adoptado por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial Ginebra 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial –Sidney, 7 Agosto de 1968), finalmente aparece el *Código Internacional de Ética Médica* (adoptado por la III Asamblea General de la Asociación Médica Mundial –Londres, Octubre 1949- y enmendada por la Asamblea Médica Mundial, Sidney, agosto de 1968- y la 35ª Asamblea Médica Mundial-Venecia octubre de 1983). Para el año de 1996-1997, la *American Medical Association* editó: “Opiniones y Anotaciones Actualizadas” a su Código de Ética Médica, a través de la Junta de Ética y Asuntos Legales. Véase anexo.

Además de los códigos bioéticos dirigidos al ejercicio profesional médico, también existen los dedicados al personal paramédico: *Código de las enfermeras; conceptos éticos aplicados a la enfermería* (adoptado por el Consejo Internacional de Enfermeras en mayo de 1973) y *Principios de Ética Médica aplicables a la función del personal de salud* (elaborados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas). Véase anexo.

Los códigos de bioética y reglamentos dedicados a normar ciertas especialidades médicas, se tratarán en el tema correspondiente: Derechos y obligaciones, Trasplante de órganos, Investigación en humanos, biogenética, legislación sanitaria, códigos civil y penal y derechos humanos.

ANEXOS: CÓDIGOS DE BIOÉTICA MÉDICA

JURAMENTO DE HIPÓCRATES

“Juro por Apolo el médico, por Asclepiades, por sus hijas Higia y Panacea y en ello pongo por testigos a todos los dioses y diosas, que cumpliré, según mi leal deber y entender, el juramento contenido en este texto:

- Amaré como a mis padres al que me ha enseñado este arte, viviré con él, y si fuera menester, compartiré igualmente con él mis bienes; consideraré a sus hijos como

hermanos y les enseñaré este arte si les conviene aprenderlo, sin retribución alguna ni promesa escrita. Hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, lecciones y de todo lo demás de esta enseñanza, a los hijos del maestro y a los discípulos inscritos y admitidos según los reglamentos de la profesión, pero a éstos solamente.

- Aplicaré mis prescripciones para el bien de los enfermos, según mis posibilidades y mi criterio y nunca para agravar o perjudicar a nadie. Nunca daré, ni siquiera para complacerle un remedio mortal, ni sugeriré ningún consejo de esta índole. Tampoco daré a ninguna mujer un pesario abortivo, sino que conservaré puras mi vida y mi profesión.
- No practicaré jamás la talla, ni aun con los manifiestamente atacados del mal de piedra: dejaré esta operación para que la hagan los que tengan práctica en este trabajo.
- A cualquier casa que vaya, entraré para el bien de los enfermos, absteniéndome de todo agravio voluntario y de toda seducción y sobre todo de los placeres del amor con las mujeres o con los hombres, sean libres o esclavos.
- Todo cuanto en el trato con los demás, tanto en el ejercicio de la profesión como fuera del mismo, viera u oyera que no deba divulgarse, lo consideraré como un secreto.
- Si cumpliera fielmente este juramento, consiga yo gozar de mi vida y de mi arte, rodeado de buena reputación entre los hombres y para siempre; pero si me apartare de su cumplimiento y lo infringiere, succédame lo contrario.”

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE LA AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Preámbulo: Con estos principios se pretende ayudar a los médicos individual y colectivamente a mantener un elevado nivel de conducta ética. No son leyes, sino normas mediante las que un médico puede determinar la propiedad de su conducta en su relación con pacientes, con colegas, con miembros de profesiones afines y con el público.

Artículo 1. El objetivo principal de la atención médica es prestar servicio a la humanidad con pleno respeto a la dignidad del hombre. Los médicos deben merecer la confianza de los pacientes bajo su cuidado, dando a cada uno, una plena medida de servicio y devoción.

Artículo 2. Los médicos deben esforzarse continuamente para mejorar los conocimientos y destrezas profesionales y deben poner a disposición de sus pacientes y colegas los beneficios de sus logros obtenidos.

Artículo 3. Un médico debe practicar métodos de curación fundados en bases científicas, y no debe por su propia voluntad, asociarse profesionalmente con quien viole este principio.

Artículo 4. La profesión médica debe salvaguardar al público y protegerse a sí misma contra los médicos deficientes en carácter moral o competencia profesional. Los médicos deben observar todas las leyes, mantener la dignidad y honor de la profesión, así como aceptar las disciplinas impuestas por ellos mismos. Deben denunciar sin vacilar, la conducta ilegal o no ética de los miembros de la profesión.

Artículo 5. Un médico puede elegir a quién servirá, pero en un caso de urgencia debe prestar servicio al máximo de capacidad. Habiendo asumido el cuidado de un paciente, no puede abandonarlo, a menos que haya sido despedido. Sólo puede dejar de prestar su servicio después de dar aviso adecuado. No debe solicitar pacientes.

Las siguientes prácticas se consideran conducta no ética:

- a) La publicidad hecha por un médico, a menos que esté permitida por las leyes del país y el código de ética de la asociación médica nacional;
- b) el pago o la recepción de cualquier honorario o retribución por la remisión de un paciente a otro facultativo o institución o por alguna prescripción o receta.

El médico debe respetar los derechos del paciente, de sus colegas y de otros profesionales de la salud, así como salvaguardar las confidencias de los pacientes.

El médico debe actuar solamente en interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquel.

El médico debe obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas o tratamientos a través de conductos no profesionales.

El médico debe certificar únicamente lo que él haya verificado personalmente.

Deberes de los médicos hacia los enfermos

El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.

El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.

El médico debe, aun después de la muerte de un paciente, preservar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado.

El médico debe proporcionar atención médica en caso de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos pueden y quieren brindar tal atención.

Deberes de los médicos entre sí

El médico debe comportarse con sus colegas como él desearía que se comportasen con él.

El médico no debe atraerse hacia sí los pacientes de sus colegas.

El médico debe observar los principios de la "Declaración de Ginebra" aprobada por la Asociación Médica Mundial.

CÓDIGO DE LAS ENFERMERAS: CONCEPTOS ÉTICOS APLICADOS A LA ENFERMERÍA

Las cualidades, códigos y deberes aplicables al médico, son también valederos para las enfermeras; solamente se insistirá en su actitud ante el paciente y su aptitud ante su trabajo específico.

1. **Relación enfermera-paciente.** Debe ser primordial el trato amable y cortés; amigable, pero sin sumisión; sin embargo, debe ser lo suficientemente comprensivo al tratar con enfermos o familiares con gran carga psicológica y tensión mental desencadenada por el proceso en el que se halla inmersa y la necesidad de orientación y quizá hasta de

comprensión y consuelo. Esto es válido para pacientes ambulatorios, hospitalizados, o ambos, cuya angustia trasciende su tranquila actitud, tornándose insistente, imperativa y ocasionalmente agresiva.

La enfermera debe comprender que no trata con personas sanas, sino con enfermos o sus familiares portadores de padecimientos con distinta gravedad (que posiblemente no comprende) y con deseos de encontrar alguien que los auxilie e informe con lenguaje comprensible, paciencia y amabilidad; tarea correspondiente al médico, pero que ocasionalmente omite.

2. Actitud laboral. La enfermera deberá atenerse a su profesiograma y tareas asignadas por el médico o institución para la que trabaja. Realizando al pie de la letra las indicaciones médicas anotadas y consignándolas en el expediente correspondiente, para tener una evidencia documental de sus actividades y observaciones. En caso de no comprender alguna indicación o considerarla inadecuada, deberá comentarlo con el médico asignado al paciente o en su defecto con algún médico de apoyo o superior.

3. Aptitudes necesarias. Para desempeñar las cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, sexo, opinión política o posición social.

La enfermera proporciona servicios de enfermería al individuo, a la familia y a la comunidad, y coordina sus actividades con otros grupos con los que tiene relación.

4. La enfermera y las personas. La primera responsabilidad de la enfermera es la consideración de las personas que necesitan su atención profesional. Al proporcionar atención, la enfermera crea un medio en el que se respetan los valores, costumbres y las creencias de la persona. La enfermera mantiene reserva sobre la información personal que recibe y decide juiciosamente cuando ha de compartirla con alguien.

5. La enfermera y el ejercicio de la enfermería. La enfermera es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación continua. La enfermera mantiene la máxima calidad de atención posible en la realidad de la situación específica.

La enfermera decidirá juiciosamente su competencia individual al aceptar o delegar responsabilidades. Cuando realiza una actividad profesional, la enfermera debe mantener en todo momento la conducta irreprochable que corresponde a su profesión.

6. La enfermera y la sociedad. La enfermera comparte con los demás ciudadanos la responsabilidad de iniciar y apoyar actividades que satisfagan las necesidades de salud y sociales de la colectividad.

7. La enfermera y sus compañeras de trabajo. La enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de la enfermería o en otros campos. La enfermera debe obrar en consecuencia cuando las atenciones que recibe alguien son puestas en peligro por un colega u otra persona.

8. La enfermera y la profesión. A las enfermeras corresponde la principal responsabilidad en la definición y aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería. Las enfermeras contribuyen activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios de su profesión. Por medio de sus asociaciones pro-

fesionales las enfermeras participan en el establecimiento y mantenimiento de condiciones de trabajo de enfermería que sean económica y socialmente justas.

PRINCIPIOS ÉTICOS APLICABLES A LA FUNCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD, ESPECIALMENTE LOS MÉDICOS, EN LA PROTECCIÓN DE PERSONAS PRESAS Y DETENIDAS, CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES INHUMANOS O DEGRADANTES

- *Principio 1.* El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica, de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.
- *Principio 2.* Constituye una violación patente de la ética médica, así como un delito de acuerdo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, especialmente de los médicos, en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos.
- *Principio 3.* Constituye una violación de la ética médica el hecho de que el personal de salud, especialmente los médicos, tengan con los presos o detenidos cualquier relación profesional cuya sola finalidad no sea evaluar, proteger o mejorar su salud física o mental.
- *Principio 4.* Es contrario a la ética médica el hecho de que el personal de salud, especialmente los médicos:
 - a) Contribuyan con sus conocimientos y pericia a interrogatorios de personas presas y detenidas, en una forma que pueda afectar la condición o salud física o mental de dichos presos o detenidos y que no se conforme a los instrumentos internacionales pertinentes.
 - b) Certifiquen o participen en la certificación, de que la persona presa o detenida se encuentra en condiciones de recibir cualquier forma o castigo que pueda influir desfavorablemente en su salud física o mental y que no concuerde con los instrumentos internacionales pertinentes, o participen de cualquier manera en la administración de todo tratamiento o castigo que no se ajuste a lo dispuesto en los instrumentos internacionales.
- *Principio 5.* La participación del personal de salud, especialmente los médicos, en la aplicación de cualquier procedimiento coercitivo a personas presas o detenidas es contraria a la ética médica, a menos que se determine, según criterios puramente médicos, que dicho procedimiento es necesario para la protección de la salud física o mental o la seguridad del propio preso o detenido, de los demás presos o detenidos, o de sus guardianes, y no presenta peligro para la salud del preso o detenido.
- *Principio 6.* No podrá administrarse suspensión alguna de los principios precedentes por ningún concepto, ni siquiera en caso de urgencias públicas.

Transfusión de sangre en testigos de Jehová

En hemorragias masivas la transfusión de sangre es generalmente la única salvación heroica

CONSIDERACIONES

Posiblemente a la mayoría de los médicos, sean cirujanos, internistas o intensivista, hayan atendido pacientes con anemia aguda o incluso con choque hipovolémico y al indicar una transfusión de sangre o de paquete globular urgente, se encuentran con la negativa del paciente, familiares o representantes, aduciendo que su religión (testigos de Jehová) se lo impide, que no le permite le sea aplicada por cualquier vía sangre o sus derivados, sea propia o de otra persona.

El médico habrá tratado de razonar con ellos, explicando la necesidad, incluso vital, de aplicación de sangre para mejorar o estabilizar el estado general del paciente, incluso para evitar la muerte inminente en caso de no realizarse la transfusión. Tiempo perdido, a mayor insistencia del médico, mayor resistencia para aceptación.

Se aumenta la presión por ambas partes y ante las razones del médico, está una muralla de empecinamiento religioso del paciente, que ha llegado hasta la amenaza legal al médico por pretender realizar actos no permitidos en su persona o a la del representado.

Hasta ahora, la experiencia particular ha sido la de no lograr el convencimiento, a pesar de tratar de rebatir los motivos que pueda tener sus creencias para rechazar la transfusión; todo es en vano.

Se considerará que esta secta religiosa seguirá creciendo y adquiriendo cada vez mayor número de adeptos, porque ofrece expectativas no manejadas en otras religiones, de apoyo al que ingresa a la congregación (grupo de unos 100 miembros) donde se ofrecen ayuda mutua, además de vigilancia estricta mutua y castigo a los infractores.

Este asunto no es un problema médico, la transfusión está perfectamente indicada en 100 % de los casos solicitados, con fundamento en datos clínicos y de laboratorio; tampoco se corre actualmente riesgos de reacción por incompatibilidad de subgrupo ni por temor a contagio de padecimientos, puesto que se realizan estudios para descartar estas posibilidades, antaño presentes; simple y llanamente se oponen a un acto perfectamente médico por creencias no fundadas en las fuentes religiosas que pretenden esgrimir.

Puede tornarse en un problema legal al demandar al médico por haber realizado un acto no aceptado por el paciente, por más terapéutico y heroico que sea o por el contrario, de no aplicar la sangre y fallecer el paciente, ser acusado de negligencia médica y en este caso, la ley es específica en considerarlo delito.

Para los que profesan esta “religión”, es amoral la aplicación de sangre por considerarse contravenir las enseñanzas de su pastor. Deben en principio respetarse las normas morales de toda religión y las creencias de las personas. Sin embargo, éste es un caso único, puesto que en todas las otras religiones conocidas, la transfusión sanguínea bien indicada, es considerada perfectamente moral.

El problema planteado, es el siguiente: ¿no es posible médica, ética ni legalmente dejar morir un paciente a nuestro cuidado!, y ¿cómo resolver esta situación de controversia cuando se presenta?

TRANSFUSIÓN DE SANGRE

Es la introducción de sangre total (o sus fracciones) compatible a un organismo, vivo de la misma especie, en este caso humano y que justifique médicamente su necesidad. Hace pocos años se hizo uso excesivo de este recurso, no siempre justificado ni avalado por evidencias clínicas; pero actualmente no es solamente el capricho del médico o del paciente lo que priva para su recomendación y aplicación.

Se dispone de normas, entre las que destaca la NOM-003 SSA2-1993, para servir de base al criterio médico, que indica la transfusión cuando es verdaderamente imprescindible; esto es, en choque hipovolémico y en hemorragias agudas copiosas, internas o externas, sean de etiología médica, quirúrgica, obstétrica o traumática y pudiera ser indicada a juicio crítico del médico en preoperatorios o transoperatorios sangrantes o con paciente previamente extremadamente anémico. Ocasionalmente se indica en pacientes con algunos padecimientos cronicodegenerativos (cáncer uterino, gástrico, intestinal, leucemias) o con pérdidas repetidas de sangre, caso de varices esofágicas, hemoptisis, discrasias sanguíneas, hemofilia, que produzcan anemia aguda no recuperable por otro procedimiento. Plasma utilizado principalmente en quemaduras extensas o hipoproteinemia grave. Fracciones de sangre en otros padecimientos específicos o trasplante de médula.

La indicación más precisa, no necesariamente sintomática, es cuando médicamente se determine que corre peligro la vida del paciente y no sea factible la utilización de otros productos (llamados sustitutos de la sangre o expansores del plasma). No se han hallado ni producido sustitutos de los eritrocitos para transporte de oxígeno a órganos vitales.

La transfusión puede ser de sangre total, generalmente se extraen factores útiles para padecimientos específicos, que no suelen ser necesarios para la mayor parte de las indicaciones, o de paquete globular extrayendo el plasma, que puede y tiene usos bien determinados.

Desde el ingreso hospitalario (por urgencias o programación), debe solicitarse:

- a) Invariablemente obtener la firma del paciente o persona responsable de la “carta de consentimiento informado”, donde el paciente acepta las indicaciones medicoquirúrgicas que médicamente pueda necesitar.

- b) Tratándose de intervención quirúrgica programada o urgencia calificada, o alguna patología considerada como factible de transfusión, deberá incluirse en dicho documento, la “donación altruista de sangre”, para aplicación de transfusión, en el propio paciente, o para reserva de casos urgentes en otros enfermos.
- c) En este último caso, deberá invariablemente recabarse firma del paciente o persona responsable adjunto a la solicitud al banco de sangre, la autorización del paciente o responsable del mismo, agregando a la “carta de consentimiento informado”, la autorización de transfusión; evitando así aplicar sangre a un miembro testigo de Jehová y para complemento del expediente clínico en casos de controversia.

TESTIGOS DE JEHOVÁ

Secta religiosa cuya doctrina que comenzó por idear y difundir el predicador Charles Taze desde finales del siglo XVII y principios del XIX en EUA, conocida como “Testigos de Jehová”, difundida y extendida progresivamente en casi todo el mundo. En México ha cobrado progresivamente adeptos gracias al proselitismo que realizan varias agrupaciones no católicas provenientes del país vecino del norte.

La campaña para ganar “creyentes” consiste en la exaltación de valores individuales y resaltar sus carencias y necesidades actuales, falta de valores, errores que cometen, ofreciendo al mismo tiempo ayuda y apoyo, erigiéndose como solución a sus problemas. Los nuevos miembros son bien aceptados, les ofrecen amistad profunda, convivencia continua y cordial, ante lo cual, el postulante se integrará rápida y estrechamente.

Dentro de las estrictas normas de conducta que deben seguir, son un código moral muy rígido que afecta a todos los aspectos de la vida de sus agrupados, incluyendo no permitir transfusiones de sangre o sus derivados, autotransfusión (donación previa a cirugía, o con hemodilución y aplicación de su propia sangre al término o transcirugía), tampoco aceptan circulación extracorpórea (p. ej., en cirugía cardíaca), hemodiálisis en intoxicaciones o en insuficiencia renal sea aguda o crónica (solamente puede utilizarse diálisis peritoneal), trasplantes de órganos, incluido de médula ósea, no ser vacunados, no realizar servicio militar ni saludo a la bandera, llegando hasta el punto de normar el vestido, peinado, corte de pelo y barba, abstinencia o moderación en bebida de alcohol y tabaco, juergas, etc.

Por otro lado, les crean una mentalidad moral estricta, con adecuado trato social y temor a las leyes cívicas, de las cuales tratan de apartarlos, interfirieren con las normas civiles, procuran darles identidad externa inconfundible y reforzar en ellos su nueva identidad moral y legitimar su nuevo *estatus*. Son generalmente muy respetuosos, pero firmes e intransigentes en sus creencias.

Se ha indicado que existe un archivo que contiene información de su conducta y pecados graves que cada uno comete, guardada en los archivos maestros en Nueva York, que nunca serán destruidos y lo acompañará a donde vaya.

Entre ellos ejercen vigilancia mutua puesto que tienen obligación de delatar al infractor de sus estrictas normas. El temor a ser acusados por un correligionario de mala o deficiente conducta, los obliga a tener buen comportamiento social.

Transgredir algunos de los preceptos divinos de esta religión equivale a recibir graves penalidades, como la expulsión de la secta o la segregación voluntaria, propiciada por el

señalamiento vergonzoso de los miembros de la secta o incluso incomunicación por parte de los propios familiares; además de los terribles remordimientos de conciencia por haber fallado a la congregación que lo aceptó. El peor de los castigos es que con la expulsión de la secta, equiparable a la rebelión contra Jehová, se priva al sujeto después de la muerte del goce celestial de la futura vida eterna.

CRITERIO MORAL

En la Biblia, también supuesta base de esta religión, no se encuentran obviamente antecedentes referentes a hemotransfusión. Las citas bíblicas se refieren a la ingestión de sangre en relación con deber desangrar la carne de animales domésticos o de caza y no ofrendar sangre a falsas deidades (ídolos), cuestión frecuente en esa época bíblica y plasmada en muchas regiones del mundo. Para los testigos de Jehová, la transfusión es considerada como una forma de “ingerir” sangre, toda vez que los nutrientes también se pueden “comer” por vía intravenosa.

Este precepto es aparentemente clave en la creencia ciega a los cánones de la religión y transgredirlo, representa un “pecado capital”, a juzgar por el temor a que trascienda el acto y sea vencida su tenaz resistencia a la transfusión.

CRITERIO LEGAL

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se establece:

Artículo 4º: “...toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”

En la Legislación Sanitaria, Ley General de Salud, Reglamento de la ley general de salud en materia de prestaciones de servicios de atención médica; se encuentra al respecto:

Artículo 8º. Las actividades de atención médica son: I. Preventivas... II. Curativas: que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos. III. Rehabilitación...

Artículo 9º. La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Artículo 10. Considera cuáles son los establecimientos para la atención médica: IV. Aquellos en los que se prestan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (hospitales)...

Artículos 13, 14, 15 y 16. Marca los escalonamientos de servicios (niveles de atención médica).

Artículos 28, 29 y 30. De la información que debe proporcionarse al paciente o representante, incluso por escrito si es solicitado.

Artículo 38. Las dependencias y entidades del sector público que prestan servicios de atención médica, se ajustarán a Cuadros Básicos de insumos incluyendo seguimiento de las normas oficiales (interesa en este caso la NOM-003-SSA2-1993: distribución de la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, véase normas oficiales en Responsabilidad Médica Profesional).

Artículo 48. Del trato que debe recibir el usuario: respetuoso, oportuno, de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable.

Artículo 79. En caso de egreso voluntario, aun en contra de la recomendación médica, el usuario, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso.

En el Código Penal Federal para el Distrito Federal y el correspondiente en cada Estado de la República, Responsabilidad Profesional.

Capítulo II, Homicidio,

Artículo 304. Se considerará homicidio siempre que la muerte... se haya podido evitar con auxilios oportunos... al no proporcionarse atención adecuada (transfusión) se puede incluso acusar al médico de homicidio.

Capítulo V, Falsedad en declaraciones judiciales e informes dados a una autoridad,

Artículo 247. Se especifican las sanciones por falsificación de documentos... por consecuencia el médico no podrá falsear los documentos del expediente clínico, por tener carácter legal.

Capítulo VII, Abandono de personas,

Artículo 340. Al que se encuentre a una persona incapaz de cuidarse, herida, inválida o amenazada de cualquier peligro... si omitiera dar aviso o prestarle el auxilio necesario cuando pudiera hacerlo sin riesgo personal... por tal razón el médico no puede dejar de atender a ningún paciente.

Código Civil para el Distrito Federal y el correspondiente en cada Estado de la República.

Artículo 647. El mayor de edad dispone libremente de su persona y de sus bienes.

Artículo 1915. ...cuando el daño que se cause a las personas y cause la muerte... en caso de ser la transfusión médicamente urgente, imprescindible e insustituible, el paciente está en riesgo de morir y en caso de suceder, podría aplicarse al médico.

Debido a que muchos menores, bajo el criterio de patria potestad y determinación de los padres hasta de la vida del menor, incluso recién nacidos que necesitaron aplicación de sangre o sus fracciones y fallecieron por obstinación de los padres en no permitir la terapia indicada, EUA, la Comunidad Europea y la mayor parte de los países han autorizado la aplicación del tratamiento médico (sangre o fracciones) sin el consentimiento de los familiares opositores.

El antecedente proviene de un menor con graves y extensas quemaduras que precisaba transfusión de sangre y plasma negada por sus padres testigos de Jehová en EUA, donde se autorizó manejándose la “recomendación Gillick”, propuesta desde 1991 por Lord Donaldson; con base en que este procedimiento representaba la mejor opción para niños e incluso para adultos.

En México el único recurso legal, es una “carta de liberación de responsabilidad” o Acta legal firmada por el paciente o representante en presencia de testigos y preferentemente

ante juez, eximiendo de toda responsabilidad a médicos e instituciones hospitalarias por las consecuencias que pudiera acarrear al usuario esta negativa. Elaborada con formato similar a la carta de consentimiento informado o de alta voluntaria.

CRITERIO MÉDICO

“El médico como tal, tiene la obligación de proporcionar atención oportuna, de calidad, acorde a la enfermedad presentada y grado de patología detectada, con acciones terapéuticas idóneas, que constituyan la mejor o acaso única opción, en el sitio adecuado (hospital en este caso) y realizando las acciones bajo los procedimientos establecidos como normas de atención de la Secretaría de Salud”.

Considerando lo anterior, el médico prescribe una transfusión sanguínea o paquete globular para un(a) paciente con anemia aguda que pone en riesgo su vida o pudiera indicarla como prevención de un riesgo operatorio previo a intervención quirúrgica complicada. La obligación del médico es tomar todas las precauciones posibles para ofrecer la mayor seguridad.

El paciente, de acuerdo a las normas de atención, debería acatar esta disposición, pero tratándose de un testigo de Jehová no acepta la aplicación de la sangre prescrita. Las opciones de utilizar “sustitutos de sangre” propuestos por los creyentes de esta religión, no han demostrado fehacientemente ser de real utilidad para considerarse opción alterna del vital elemento.

El médico cuando considera imprescindible esta acción ¡no tiene otra opción!, ¡está cumpliendo con su deber!; pero, ¡el paciente adulto no acepta!

Consideraciones

¡No existiendo duda médica, siendo la única opción la aplicación de sangre, considerada absolutamente necesaria, sin alternativa posible, el médico debe pugnar y luchar por la utilización del procedimiento indicado (hemotransfusión)!

Si existiera una posibilidad terapéutica alterna, ¡deberá respetarse la religión y decisión del o la paciente y valorar el resultado! Sin incurrir en riesgo vital para el paciente.

Cuando el paciente se encuentra dentro de un servicio hospitalario (urgencias o cuidados intensivos), rechace el tratamiento y sea factible el traslado, para evitar responsabilidad a la institución hospitalaria, es aconsejable:

- a) Pasar el caso al Comité Hospitalario correspondiente para su apoyo y resolución. Este comité, con disposición de concordia y afán de conciliación, expondrá su resolución escrita redactando y elaborando un acta que servirá de base para:
- b) Formular un escrito donde se expongan ambos criterios y ante la imposibilidad médica de ejercer acciones terapéuticas y el riesgo de muerte al no realizar acciones reales para evitarla, es preferible convencer al paciente o representantes que busquen tratamiento alterno, proponiendo acepten traslado a otro centro de atención que ellos propongan.
- c) Esta carta, debidamente requisitada constituye la llamada: **carta de alta voluntaria**.

Se transcribe el artículo 79 de la Legislación Sanitaria, Ley General de Salud, Reglamento de la ley general de salud en materia de prestaciones de servicios de atención médica, que a la letra dice:

“En caso de egreso voluntario, aun en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento. En todo caso, el documento a que se refiere el párrafo anterior relevará de la responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionará al usuario”.

- d) Deberá procurarse un relato con claridad, términos médicos comprensibles, pero afirmando categóricamente la posición médica y del paciente, que el motivo de la carta es no aceptar la aplicación de sangre por un lado y la necesidad médica por el otro, estado del paciente, diagnóstico, pronóstico y tratamiento propuesto. La carta mencionada, debe llevar consignados datos del hospital, médico tratante, etc., fecha y lugar, además de ficha de identificación del paciente. Se presentará debidamente requisitada para firma de aceptación o rechazo.
- e) No es posible dejar morir en un hospital a un paciente por no haber aceptado un procedimiento terapéutico. Se deben respetar todas las creencias morales o religiosas por caprichosas que parezcan; pero, se debe proteger al médico que actúa con toda ética y al centro hospitalario donde se atiende al paciente ante una posible demanda por negligencia médica en caso de muerte, siendo el paciente el que se niega al tratamiento perfectamente indicado y rechaza el traslado propuesto a otro centro de atención médica o sus condiciones no lo permitan, deberá formularse la: **carta de liberación de responsabilidad**.
- f) La negativa a someterse a las indicaciones médicas puede ser convincente, pero no representa sustento legal ante el fallecimiento que pudiera considerarse como negligencia criminal (mantener un paciente hospitalizado sin atención médica). Por lo que y sin considerarlo un acto médico, al no llegar a una resolución conveniente con respecto a la salud del o la paciente, se deberá proponer ante nueva negativa (al traslado y aceptación de tratamiento médico indicado), la conveniencia de un documento con validez legal, anexo al alta voluntaria, formulado ante notario y que especifique clara y legalmente la liberación de toda responsabilidad a médicos y personal administrativo del hospital, con firma del paciente o su representante y en caso de negación por parte de los interesados, que conste al final para los efectos que pudiera tener.

Esta religión ha mostrado un vacío legal, que debería normarse. El Dr. Alejandro G. Pimentel Pérez ofrece un esquema a perfeccionar por personal experto en criterio y redacción de leyes y normas que se transcriben:

1. Paciente no competente, el Estado se reserva la titularidad del derecho. **Aplicación de la terapia al no haber oposición ni aceptación, seguir criterio médico especializado.**
2. Paciente competente que acepta las maniobras diagnósticas y terapéuticas propuestas por el médico. **Aplicación de la terapia propuesta y aceptada.**

3. Paciente competente que rechaza las opciones diagnósticas y terapéuticas propuestas por el médico:
- a) En situación sin urgencia verdadera o apremiante, que rechaza la transfusión. **Mientras pueda diferirse la transfusión y atención por otros medios, respetar hasta donde sea posible su decisión.**
 - b) En situación de urgencia y grave pérdida o necesidad de sangre, que rechaza transfusión. **Tramitar carta de liberación de responsabilidad a médicos e instituciones o en su defecto de alta voluntaria para darle otra oportunidad terapéutica.**

REFERENCIAS

- Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia Federal. Edic. ALF SA de CV, México, 1996.
- Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de fuero Federal. Código Federal de Procedimientos Penales. Edic. ALF SA de CV, México, 1996.
- Muramoto O:** Medical Ethics in the treatment of Jehovah's Witnesses. Arch Intern Med/ vol: 158. Mayo 25,1998, 1155-1156.
- Pimentel Pérez AG:** Los testigos de Jehová y el consentimiento informado. Rev Med IMSS 2002; 40 (6).
- Wilcox P:** Jehovah's Witnesses and blood transfusion. The Lancet. Vol 353, February 27,1999.
- Yate RN, Milling MAP, Mc Fadzean W:** Treatment without consent: a medicolegal precedent. The Lancet. Vol 356, July 1, 2000.