
TRATADO DE BIOÉTICA MÉDICA

- Principios de ética y bioética
- La investigación en humanos y la bioética
- La formación ética del médico
- Ética y bioética en los establecimientos de salud



Octavio Rivero Serrano
Irene Durante Montiel
(Coordinadores)

trillas 

Mayo 2020

**Esta digitalización pertenece a la edición
impresa del título disponible en el área
de acervo de la biblioteca de la
Universidad de la Sierra Sur y es de uso
exclusivo para la comunidad
universitaria (PROHIBIDA SU
REPRODUCCIÓN)**

**Derivado de la contingencia sanitaria, la
biblioteca pone a disposición el formato
electrónico de este ejemplar con fines
educativos no lucrativos, y se deslinda
del uso indebido que pueda darle el
usuario.**

**BIBLIOTECA
UN SIS**

Octavio Rivero Serrano

Profesor Emérito de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ex presidente de la Academia Nacional de Medicina

Irene Durante Montiel

Fellow de la Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER®). Profesora de Carrera de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM



TRATADO DE BIOÉTICA MÉDICA

Octavio Rivero Serrano
Irene Durante Montiel
(Coordinadores)



EDITORIAL
TRILLAS



México, Argentina, España,
Colombia, Puerto Rico, Venezuela



Catalogación en la fuente

Tratado de bioética médica / Octavio Rivero Serrano, Irene Durante Montiel, coordinadores. -- 2a ed. -- México : Trillas : UNAM, 2013.

318 p. ; 25 cm.

Incluye bibliografías e índices

Título anterior: *Tratado de ética médica*

ISBN 978-607-17-1363-6

I. Ética médica. I. Rivero Serrano, Octavio. II. Durante Montiel, Irene.

D- 174.2/T835

LC- R724/T7

5011

La presentación y disposición en conjunto de **TRATADO DE BIOÉTICA MÉDICA** son propiedad del editor.

Ninguna parte de esta obra puede ser reproducida o transmitida, mediante ningún sistema o método, electrónico o mecánico (incluyendo el fotocopiado, la grabación o cualquier sistema de recuperación y almacenamiento de información), sin consentimiento por escrito del editor

Derechos reservados
© 50, 2013, Editorial Trillas, S. A. de C. V.

División Administrativa,
Av. Río Churubusco 385,
Col. Gral. Pedro María Anaya,
C. P. 03340, México, D. F.
Tel. 56884233, FAX 56041364
churubusco@trillas.mx

División Logística,
Calzada de la Viga 1132,
C. P. 09439, México, D. F.
Tel. 56330995, FAX 56330870
laviga@trillas.mx



Tienda en línea
www.trillas.mx
www.etrillas.mx

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Reg. núm. 158

Primera edición 50
ISBN 978-607-17-0304-0

Segunda edición, enero 2013*
(Título anterior: *Tratado de ética médica*)
ISBN 978-607-17-1363-6

Impreso en México
Printed in Mexico

Prólogo

A través de las diversas reuniones del grupo que conforma el Seminario Permanente de “El ejercicio actual de la medicina”, que inició sus reuniones en 1998, en el Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, y las ha continuado en forma permanente hasta la fecha, uno de los temas que ha surgido en forma constante es el relativo a los diversos asuntos de ética médica, que surgen en forma natural del ejercicio actual del médico.

En el seminario se han analizado las diversas condiciones que modifican la medicina en la actualidad. Los notables cambios en el conocimiento médico que imponen la discusión y el análisis de temas tan complejos y nuevos como la posibilidad de emplear células “madre”, tanto las del mismo sujeto y provenientes de su sangre, como las del embrión, con diversos fines, tanto en investigación como en acciones terapéuticas. La posibilidad misma de obtener embriones, conservarlos y utilizarlos con diversos fines. La posible extensión del uso de trasplantes de homólogos a heterólogos, la magnitud de los mismos, ya que se ha planteado que es posible trasplantar la cara de un sujeto. La posibilidad de utilizar los nuevos conocimientos de medicina genómica en la práctica clínica, que conllevan repercusiones éticas.

Conceptos sociales que modifican la actitud del médico y de la sociedad misma ante asuntos tan actuales como la eutanasia, el aborto y la actitud del médico ante pacientes en fases terminales.

Las modificaciones que surgen por los maravillosos avances en el uso de los cada vez más complejos instrumentos de la tecnología médica, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las enfermedades; responsables en parte del gran avance de la medicina actual, pero también de su incesante encarecimiento.

La incursión de personajes ajenos a la tradicional mística de servicios médicos, representados en la medicina institucional por políticos, economistas, administradores y organizaciones sindicales que controlan la estructura de los sistemas de atención en la medicina “pública”, es decir, la que ofrece el Estado. Inversionistas presentes hoy, como nunca lo habían estado, en la organización de la medicina privada, ya sea como industriales en la producción de insumos a la salud, como proveedores de servicios organizando grandes centros médicos privados o proporcionando seguros de atención médica con diversas modalidades.

Convencidos por dichos análisis de que estos grandes cambios inciden, modificándola, en ocasiones en perjuicio del enfermo, la tradicional y única finalidad de la

medicina, que es el bien del paciente, concebimos la idea de realizar una obra que analizara todos los pormenores de este cambio; con la convicción no sólo por el estudio de la bibliografía mundial al respecto, de que ya no es operante el tradicional documento que nostálgicamente se refería a las obligaciones éticas del médico, resumidas en el que representa la tradición de la medicina griega de cientos de años a. C., y que se le atribuye a Hipócrates.

La medicina de hoy es distinta a la de entonces. No sólo han cambiado los conocimientos y la tecnología médica. La ética de la sociedad actual no es ni la de Atenas ni la de Roma de esas épocas. La complejidad de la medicina de hoy ha dado motivo a que grupos con intereses económicos, o sujetos de preparación médica parcial, hayan tenido la pretensión de imaginar a la medicina actual como una industria.

Esta obra pretende contribuir a reafirmarla como lo que siempre ha sido y nunca debe dejar de ser: una profesión de servicio cuyo único fin es el bien del enfermo. Con ella se inicia una nueva etapa del seminario. El actual rector de la UNAM, doctor José Narro, ha tenido a bien emitir el acuerdo de que este seminario tenga personalidad jurídica propia. En adelante, para ampliar sus propósitos y metas se denominará Seminario sobre Medicina y Salud.

OCTAVIO RIVERO SERRANO

Colaboradores

Octavio Casamadrid Mata

Presidente de la Asociación Mexicana de Derecho Sanitario

Luciano Domínguez Soto

Miembro de la Academia Nacional de Medicina

Irene Durante Montiel

Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina, UNAM. Secretaria de Servicios Escolares, Facultad de Medicina, UNAM

Héctor Fernández Varela M.

Director General de Servicios Médicos, UNAM

Enrique Graue Wiechers

Director de la Facultad de Medicina, UNAM. Miembro de la Academia Nacional de Medicina

Vicente Guarner D.

Miembro de la Academia Nacional de Medicina

José Halabe Cherem

Miembro de la Academia Nacional de Medicina

Alicia Hamui Sutton

Profesora de Carrera de Tiempo Completo del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, UNAM

David Kershenobich Stalnikowitz

Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Carrera de Tiempo Completo del Departamento de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM. Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina

Alberto Lifshitz Guinzberg

Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Director General de la Coordinación de Institutos de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salud (SSA)

Lilia E. Macedo de la Concha

Profesora de Carrera de Tiempo Completo del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM

Fernando Ortiz Monasterio

Ex presidente de la Academia Nacional de Medicina. Profesor Emérito de la Facultad de Medicina, UNAM

Jesús Alfonso Peñaloza Santillán

Jefe de Educación Médica Continua del Hospital Juárez de México, SSA

María Blanca Ramos

Profesora titular "C" de la Facultad de Medicina, UNAM

Paulina Rivero Weber

Doctora en Filosofía. Profesora de Carrera de Tiempo Completo de la Facultad de Filosofía, UNAM

José Adrián Rojas Dosal

Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Ex presidente de la Academia Mexicana de Cirugía. Director del Hospital Juárez de México, SSA

Rodrigo Roldán Marín

Jefe de Consulta Externa del Hospital Manuel Gea González, SSA

Leobardo C. Ruiz Pérez

Jefe de la Subdivisión de Especializaciones Médicas de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM

José Manuel Sanfilippo Borrás

Profesor del Departamento de Historia y Filosofía de la Facultad de Medicina, UNAM

Melchor Sánchez Mendiola

Maestro en Educación en las Profesiones de la Salud. Profesor de Carrera de Tiempo Completo de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM

Graciela Sánchez Rivera

Maestra en Educación Médica. Profesora de Carrera de Tiempo Completo de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Carlos Viesca Treviño

Profesor de Carrera de Tiempo Completo del Departamento de Historia y Filosofía de la Facultad de Medicina, UNAM. Miembro de la Academia Nacional de Medicina

Pelayo Vilar Puig

Ex presidente de la Academia Nacional de Medicina. Jefe de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM

Índice de contenido

Prólogo	5
Colaboradores	7

PARTE I

Historia y fundamentos de la ética médica

Cap. 1. Ética médica, sus inicios	15
CARLOS VIESCA TREVIÑO y JOSÉ MANUEL SANFILIPPO BORRÁS La moralidad médica en las comunidades tribales, 16. Ética y moral médicas en las grandes culturas no occidentales, 17. Ética y moral médicas en la antigüedad clásica, 22. Ética médica en la Roma clásica, 25. Referencias bibliográficas, 28.	
Cap. 2. La tradición de la ética en el ejercicio de la medicina medieval	30
CARLOS VIESCA TREVIÑO y JOSÉ MANUEL SANFILIPPO BORRÁS Cristianismo y ética médica, 31. Europa occidental, 32. Ética médica en el Islam medieval y el mundo árabe, 35. Referencias bibliográficas, 37.	
Cap. 3. La ética médica a través de la historia	39
CARLOS VIESCA TREVIÑO y JOSÉ MANUEL SANFILIPPO BORRÁS El Renacimiento y el humanismo, 39. Una ética de los deberes, 41. Los retratos del perfecto médico, 42. La filosofía natural y el compromiso de una nueva ética médica ilustrada, 42. La etiqueta profesional y la imagen del médico, 43. Rush, Percival y el <i>Código de Ética Médica</i> de la American Medical Association (1847), 46. Referencias bibliográficas, 47.	
Cap. 4. Conceptos de salud, enfermedad, de la relación del médico con el paciente y de la medicina actual	49
OCTAVIO RIVERO SERRANO La salud y la enfermedad, 49. La medicina actual, 51. Nuevos conocimientos en medicina, 52. Referencias bibliográficas, 54.	
Cap. 5. ¿Moral médica o ética médica?	56
PAULINA RIVERO WEBER Valores y normas morales, 57. Aborto y eutanasia, 60. Referencias bibliográficas, 63. Bibliografía, 63.	
Cap. 6. Ética y bioética en la medicina	64
OCTAVIO RIVERO SERRANO La bioética, 64. La ética en la medicina, 65. Referencias bibliográficas, 67.	

- Cap. 7. Nacer y morir: medicina y bioética** 69
ALICIA HAMUI SUTTON y JOSÉ HALABE CHEREM
 Medicina genómica, 69. El mapa del genoma humano, 69. Pruebas genéticas, 71. Terapia génica, 73. Medicina reproductiva, 75. Células estaminales, embriones y clonación, 84. Medicina y final de la vida, 88. Referencias bibliográficas, 96.

PARTE II

Ética médica en el ejercicio profesional

- Cap. 8. Algunos aspectos de ética en el desarrollo del ejercicio de la medicina** 101
OCTAVIO RIVERO SERRANO
 Conocimientos y destrezas, 101. Médicos sin certificación, 102. Cirugías innecesarias, 103. Gastos innecesarios, 104. Dicotomía, 104. Consentimiento informado, 105. Confidencialidad, 105. Medicina defensiva, 106. Encarnizamiento terapéutico, 106. Interés del médico sólo por la beneficencia del paciente, 107. Referencias bibliográficas, 107.
- Cap. 9. La decisión del paciente y la ética médica** 109
DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ
 La confidencialidad en el acto médico y sus excepciones, 110. El conflicto ante la negativa de aceptar maniobras terapéuticas. El caso de algunas sectas religiosas, 112. Unidades de cuidados intensivos, 113. Errores médicos, 115. Calidad de vida, 116. El enfermo en situaciones terminales con padecimientos incurables, 117. La muerte, 118. Referencias bibliográficas, 120.
- Cap. 10. Ejercicio de la medicina en los centros de atención públicos** 122
JOSÉ ADRIÁN ROJAS DOSAL y JESÚS ALFONSO PEÑALOZA SANTILLÁN
 Marco jurídico, 122. Administración de hospitales públicos, 123. Control financiero y operacional, 123. Recursos humanos, 124. Seguridad del paciente, 126. Seguro popular, 127. Familias empobrecidas por gastos catastróficos, 128. Docencia en instituciones públicas, 128. Investigación en instituciones públicas, 129. Comités de ética, 130. Conclusiones, 130. Referencias bibliográficas, 131.
- Cap. 11. El ejercicio de la medicina en los centros de atención privados** 133
PELAYO VILAR PUIG
 Los centros de atención privados, 134. Conclusiones, 139. Referencias bibliográficas, 140.
- Cap. 12. Ética en el manejo del anciano y del paciente discapacitado** 141
LEOBARDO C. RUIZ PÉREZ
 Discapacidad y sobrevida, 141. Proceso de envejecimiento, 142. Manejo del paciente, 143. Derechos de los discapacitados, 144. El paciente terminal, 145. Bibliografía, 146.
- Cap. 13. Ética y cirugía** 148
VICENTE GUARNER D.
 Avance tecnológico y nuevas tecnologías, 149. Cambios en la relación médico-paciente en la cirugía contemporánea, 150. Cirugías injustificadas en el mundo actual y sus graves implicaciones bioéticas, 151. Improvisación, innovación y experimentación en cirugía, un grave problema en la bioética de hoy, 155. Problemas éticos en la formación del cirujano, 158. El animal como instrumento de enseñanza y de experimentación. Bioética de la experimentación en animales, 159. Unidades de cuidados intensivos y reanimación, 161. Problemas inherentes a la donación de órganos, 161. El problema de los donadores vivos y lo reducido de los órganos disponibles, 162. Referencias bibliográficas, 163.

PARTE III

Formación ética del médico

- Cap. 14. La ética en la enseñanza de la medicina** 169
ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG
 Ética de los estudiantes, 169. Consentimiento informado en la educación médica, 170. La ética docente, 170. Ética en la evaluación del aprendizaje, 172. Conclusiones, 173. Referencias bibliográficas, 173.

- Cap. 15. Enseñanza de la ética médica en el posgrado** 174
ENRIQUE GRAUE WIECHERS
 ¿Por qué enseñar ética médica?, 174. ¿Cómo se enseña y se aprende la ética profesional?, 175. Enseñanza de la ética médica en el pregrado, 175. Enseñanza de la ética médica durante los ciclos clínicos, el internado y en el posgrado, 176. Principios éticos que deben regir en la formación del residente, 177. Cómo evaluar el comportamiento ético durante la formación profesional, 178. Referencias bibliográficas, 179.
- Cap. 16. El reto de la formación ética** 180
IRENE DURANTE MONTIEL y LILIA E. MACEDO DE LA CONCHA
 La transición, 181. La formación ética, 182. Qué proponemos para la formación ética, 184. Referencias bibliográficas, 184.
- Cap. 17. Principios actuales de la ética médica** 186
IRENE DURANTE MONTIEL, OCTAVIO RIVERO SERRANO y GRACIELA SÁNCHEZ RIVERA
 Principios éticos, 187. Autonomía del paciente, 187. Beneficencia, 188. Justicia, 188. No maleficencia, 189. Confidencialidad médica, 189. Consentimiento informado, 190. Códigos de ética, 190. Referencias bibliográficas, 191.
- Cap. 18. El razonamiento ético en la clínica** 193
IRENE DURANTE MONTIEL, OCTAVIO RIVERO SERRANO y GRACIELA SÁNCHEZ RIVERA
 Actitudes que revelan humanismo médico, 193. ¿Qué es el razonamiento ético?, 194. El razonamiento ético, 194. Bibliografía, 197.
- Cap. 19. El conflicto ético** 198
IRENE DURANTE MONTIEL, GRACIELA SÁNCHEZ RIVERA y OCTAVIO RIVERO SERRANO
 ¿Qué es un conflicto ético?, 198. Identificación de los valores del médico, 202. Identificación de los valores del paciente, 202. Identificación de las obligaciones del médico, 202. Identificación de los deberes, 203. Identificación de los derechos, 204. Contraposición de los principios éticos con la política institucional o de terceros pagadores, 205. Confidencialidad médica, 205. Consentimiento informado, 205. Problemas relativos al derecho a la información, 206. Referencias bibliográficas, 206. Bibliografía, 207.
- Cap. 20. Evaluación de la formación ética** 208
IRENE DURANTE MONTIEL y OCTAVIO RIVERO SERRANO
 De la formación ética, 208. De la evaluación, 209. Aspectos teóricos, 211. Aspectos prácticos, 211. Referencias bibliográficas, 212.
- Cap. 21. Decisión ética** 213
IRENE DURANTE MONTIEL y OCTAVIO RIVERO SERRANO
 Aspectos médicos, 213. Aspectos éticos, 213. Marco jurídico, 213. La decisión ética, 213. Discusión del conflicto ético con el o los afectados, 214. ¿Cómo deciden las personas lo que es ético?, 215. Sensibilidad ética al dar malas noticias, 215. Referencias bibliográficas, 216. Bibliografía, 216.

PARTE IV Novedades en la ética actual

- Cap. 22. Aspectos de la ética en la política de salud del país** 221
OCTAVIO RIVERO SERRANO
 Metas de un sistema de salud, 221. Repercusión de la salud en la economía y en la productividad, 221. Características de una política pública de salud, 222. Referencias bibliográficas, 223.
- Cap. 23. La ética en la medicina por Internet** 224
ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG
 ¿Qué es la medicina por Internet?, 224. Ética de la medicina por Internet, 225. La regulación, la libertad y

sus límites, 225. E-medicina, 226. Los dueños de la información, 226. Código de ética, 227. Las comunidades virtuales, 227. Inequidad, 228. Conclusiones, 228. Referencias bibliográficas, 228.

- Cap. 24. La medicina basada en evidencias y sus implicaciones éticas** 229
MELCHOR SÁNCHEZ MENDIOLA
 Origen y evolución del concepto de MBE, 229. Pasos de la medicina basada en evidencias, 230. Aspectos éticos de la MBE, 233. Qué es el consentimiento informado, 234. La salud, 235. Referencias bibliográficas, 235.
- Cap. 25. La investigación y la ética científicas en humanos** 237
DAVID KERSHENOBICH
 Investigación, 237. Ética médica, 238. Principios éticos en la investigación en humanos, 239. Comités de evaluación ética en investigación, 239. Responsabilidad ética del investigador, 240. Conflictos de interés: un campo fértil para conductas erróneas en investigación, 241. El consentimiento informado en la investigación, 242. Ética en la investigación genética, 243. Conclusiones, 245. Referencias bibliográficas, 245.
- Cap. 26. Problemas éticos de la relación de la medicina y la industria farmacéutica** 247
OCTAVIO RIVERO SERRANO
 Gastos en publicidad, 248. La industria farmacéutica, 250. Referencias bibliográficas, 250.
- Cap. 27. Consideraciones éticas del trasplante de órganos y tejidos** 251
FERNANDO ORTIZ MONASTERIO
 Autonomía del paciente, 252. No hacer daño, 252. Preparación y actualización del médico, 252. Justicia, 252. Autonomía del donador vivo, 253. Definición de muerte, 254. Asignación de órganos, 255. Alo-trasplantes compuestos, 256. Alotrasplante de cara, 257. Referencias bibliográficas, 259.
- Cap. 28. Problemas derivados de los sistemas de pago** 261
LUCIANO DOMÍNGUEZ SOTO y RODRIGO ROLDÁN MARÍN
 Atención médica por seguros de gastos médicos mayores, 261. Atención médica privada, 261. Selección negativa de pacientes, 261. Falta de cumplimiento, 262. Honorarios reducidos al médico, 263. El médico como "portero", 263. Ética del médico, 263. La dicotomía, 264. El doble cobro al paciente, 264. Aspectos éticos derivados de lesiones ocasionadas por el trabajo, 264. Referencias bibliográficas, 265.
- Cap. 29. Bioética en psiquiatría** 266
MARÍA BLANCA RAMOS
 La enfermedad mental, mito o realidad, 266. La autonomía, la capacidad de decisión y el consentimiento informado, 267. Finalidad del consentimiento informado, 269. La legislación y el consentimiento informado, 269. Confidencialidad en psiquiatría, 270. La coerción y el tratamiento psiquiátrico, 272. La investigación psicofarmacológica y el conflicto de intereses, 274. Conclusiones, 275. Referencias bibliográficas, 275.

PARTE V Mala práctica

- Cap. 30. Conflictos éticos en la medicina concebida como industria** 279
OCTAVIO RIVERO SERRANO
 Los seguros médicos, 283. Acceso universal a la atención de la salud, 283. Referencias bibliográficas, 285.
- Cap. 31. Reclamaciones por mala práctica. Causas de ellas, modalidades y abusos** 286
HÉCTOR FERNÁNDEZ VARELA M. y OCTAVIO CASAMADRID MATA
 Medicina y posmodernidad, 288. Caracterización de las reclamaciones jurídicas en la atención médica, 291. Caracterización de la mala práctica, 301. Referencias bibliográficas, 304. Bibliografía, 307. Publicaciones en medios electrónicos, 307. Precedentes relevantes de jurisprudencia, 308.

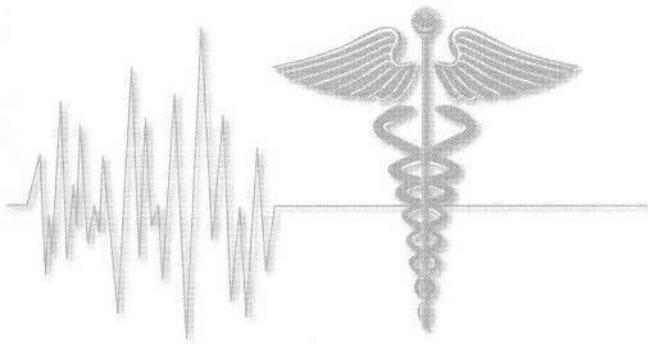
- Índice onomástico** 309
Índice analítico 313

Parte

I



**HISTORIA Y
FUNDAMENTOS DE
LA ÉTICA MÉDICA**



Capítulo 1

Ética médica, sus inicios

CARLOS VIESCA TREVIÑO
JOSÉ MANUEL SANFILIPPO BORRÁS

La indispensable relación entre médico y paciente –y queremos hacer notar que con la palabra *médico* nos referiremos a todo tipo de terapeutas que poseen un conocimiento cultural y socialmente aceptado y lo ejercen con responsabilidad– y la inevitable desigualdad que implican sus roles mutuos requieren una reciprocidad moral, una expectativa que se traduce en esperanza y una respuesta que trate de colmarla. En este sentido, la moralidad profesional es inseparable de la práctica médica. Aun cuando el médico, por ejemplo un médico-hechicero, tenga y mantenga vigente la posibilidad de dañar, existen reglas y criterios que cumplir y a los cuales apegarse respecto, por ejemplo, a las limitantes de a quiénes se puede y aun se debe hacer daño y a quiénes no.

Hasta este punto estamos hablando de *morales*, específicamente de *morales médicas*, las cuales sin lugar a dudas existieron, existen y existirán en todas y cada una de las culturas. Es obvio que las *morales médicas* siempre tendrán como primer marco de referencia a las *morales comunes* propias de cada cultura, incluidas en ellas las variaciones que esa cultura tuviera ante cambios paradigmáticos o aun al correr del tiempo.

Menos evidente es el hecho de que los practicantes de la medicina se han cuestionado constan-

temente acerca de los límites que les impone esta moralidad común, tanto en el sentido de evitar daños innecesarios como en el de intentar ir más allá de los daños inmediatos en busca de bienes de mayor trascendencia. Tales cuestionamientos conducen a la reflexión filosófica sobre la moral, a la ética. Ahora bien, esto ha sucedido no sólo en la Grecia clásica, en donde es tradición occidental fijar los orígenes de la ética tanto general como médica, sino de una u otra manera y con diferentes contenidos, en un buen número de culturas. Sucedió en la India y la antigua China, sucedió en el México prehispánico, en Egipto y en Mesopotamia; ha habido reciprocidad moral y atisbos, muchas veces importantes, de reflexión moral en las culturas tribales de Norteamérica y de África Central. Así, la medicina, centro obligado de atención en toda sociedad humana, dada la inevitable presencia de la enfermedad, el envejecimiento y la muerte, es también un centro obligado de ejercicio de la moral y del pensamiento ético.

En este sentido, Laín Entralgo insistía –y estamos plenamente de acuerdo en ello– en que “la ineluctable eticidad del acto médico se realiza de manera cambiante a lo largo de la historia y va adoptando figuras típicas correspondientes a cada una de las circunstancias histórico-sociales...”¹ Por otra parte, este relativismo de los contenidos morales y aun de las reflexiones éticas presentes en las diversas cul-

turas y épocas tiene su fundamento último en que responden a imperativos provenientes del mundo real, pero siempre vistos a través del filtro de las creencias explicativas derivadas de la imagen del mundo que se tenga y, por tanto, contextualmente vigentes, ya que es epistemológicamente imposible hablar de verdades si no es como entidades provisionales por definición.

LA MORALIDAD MÉDICA EN LAS COMUNIDADES TRIBALES

Es común la imagen de los médicos tribales, sean hechiceros, chamanes, yerberos o especialistas en magia blanca, que los hace aparecer como embaucadores y charlatanes. Mas no debe olvidarse que estas connotaciones peyorativas vienen por lo regular de afuera del ámbito cultural en que se dan las prácticas y que esto nos obliga a preguntar acerca de la congruencia de éstas con la moralidad común de ese grupo y con las normas reconocidas y los límites establecidos para las acciones médicas y, más aún, para las conductas de los médicos.

Al no ser éste un tratado de historia de la ética y la moral médicas nos contentaremos con ofrecer un ejemplo. El personaje elegido para ello es un médico-hechicero kwakiutl, llamado Quesalid, quien ejerció en su tribu, en la Columbia Británica, a fines de la década de 1920. Habiendo recibido una sólida enseñanza tutelar, aprendió de su maestro, además del empleo de algunos medicamentos de origen vegetal y animal y de no pocos conjuros mágicos, la capacidad de desvanecerse y tener crisis nerviosas a placer, una técnica a la que ambos otorgaron primacía y cuya práctica llegó a dominar. Se trata del dar masaje en las partes enfermas del cuerpo, empujando la enfermedad hacia un sitio accesible para, una vez acumulada allí, succionar con la boca y extraerla.

La enfermedad se materializaba infaliblemente en un amasijo de plumón sanguinolento que, ya completada la succión, sacaba de su boca para mostrarla al enfermo y a sus familiares. Por supuesto, el plumón estaba en la boca desde antes y la sangre procedía de mordeduras que él mismo se hacía. ¿Qué tiene que ver esto con la moral? La respuesta es muy simple; Quesalid realizaba procedimientos médicos que eran conocidos y aceptados como correctos por los miembros de su tribu y, antes que nadie, por él mismo. Llegó a convencerse de que la enfermedad en

realidad se incorporaba materializada al plumón. Y, ¿con la ética? Este es precisamente el punto central de nuestro relato.

Quesalid se convirtió en un médico famoso: pacientes no sólo de su tribu acudían a él desde lugares distantes y él les extraía, succionando, la enfermedad. Pero Quesalid no tardó en darse cuenta de que otros médicos seguían doctrinas diferentes y realizaban maniobras distintas para curar y, analizando lo que hacían, pronto llegó a la conclusión de que dichos procedimientos no eran efectivos y las curas, una falacia. Se dedicó a desenmascararlos y a demostrar que sus curas no eran reales, impuso su técnica y obtuvo éxitos terapéuticos impresionantes. El problema comenzó en el momento en que se preguntó si su efectivísima técnica no sería también una impostura. Convencido de que no lo era, continuó ejerciendo y realizando curaciones extraordinarias y defendiendo la “verdadera técnica” para materializar y extraer la enfermedad, contra todos los demás procedimientos chamánicos practicados por sus vecinos y rivales, a los que siempre consideró impostores.²

El caso, indudablemente impactante, se presta a varias consideraciones. En primer término nos recuerda el aforismo recientemente puesto en boga en nuestro medio por Ruy Pérez Tamayo de que para ser médico se debe saber medicina y éste sería el lineamiento esencial, piedra de toque para la construcción de una ética médica.³

Estamos de acuerdo con ello. El ejemplo de Quesalid es consistente: él aprendió medicina con un reputado maestro, aprendió la mejor medicina accesible en su cultura y en su momento; la practicó adecuadamente, incluso es posible que la perfeccionara y sanó a muchos pacientes; si existió una falta, su pecado fue la soberbia, no la falta de ética, pues se consideró el poseedor de la verdad “científica” y se declaró paladín de una moral que llevaría a eliminar a otros médicos que no supieran medicina y, más aún, ejerciendo un severo escepticismo con respecto a lo que sabían y hacían los demás chamanes, su fe, racional desde su perspectiva, en lo verdadero de su propio saber fue creciendo hasta no tener la menor duda. ¿Qué mejor ejemplo de una ética profesional puesta al servicio de la moral común de su tribu? Saber medicina y desenmascarar impostores.

Consideramos que el ejemplo habla por sí solo y dejamos al lector la no fácil tarea de encontrar casos semejantes o equivalentes en otras culturas tribales.

ÉTICA Y MORAL MÉDICAS EN LAS GRANDES CULTURAS NO OCCIDENTALES

ÉTICA Y MORAL MÉDICAS EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO

La existencia de una filosofía entre los pueblos del México prehispánico ha sido cuestionada hasta la demostración contundente que presentó León Portilla en su libro *La filosofía náhuatl*.⁴ La afirmación de fray Bernardino de Sahagún,⁵ aparentemente respaldada por sus informantes que, en este caso, eran médicos indígenas, en el sentido de que había buenos y malos médicos y médicas ha dado mucho que pensar y que decir a los historiadores de la medicina y a todos aquellos interesados en nuestras culturas prehispánicas. ¿Ser mal médico o médica era asunto de maldad o problema de incapacidad profesional? En principio Sahagún lo planteaba como un problema de moralidad, pero el asunto no era tan sencillo.

A primera vista el asunto se refiere, una vez más, a capacidad técnica. Del “buen” médico afirmaba: “Es curioso”, sabe hacer las cosas, conoce las enfermedades y los remedios, curar a los enfermos, individualizando algunas acciones como la de concertar los huesos rotos o dislocados, cortar y suturar, curar las enfermedades de los ojos y cortar las carnosidades que salen en ellos; pero llega el momento en que las afirmaciones toman otro cariz, “beneficia y no daña”.

En este momento, al reconocer que la medicina tiene como fin el beneficio de los pacientes, se establece una distinción moral. El mal médico, comienza siendo calificado por Sahagún, y a lo mejor también por sus informantes, como ignorante, como alguien que no sabe medicina. En cambio, al referirse al “buen médico” describe una serie de conocimientos y acciones como conocer las propiedades de los medicamentos, “saber bien curar a los enfermos” al grado de que “casi vuévelos de muerte a vida...”, sabe concertar los huesos, purgar, “sajar y dar puntos...curar bien las llagas y la gota, y el mal de los ojos, y cortar la carnaza de ellos...”.⁶

Por el contrario, al “mal médico” y a la “mala médica” se les tilda de ignorantes, y a ello se atribuye que, en lugar de curar, dañasen. Son inhábiles, charlatanes y, especialmente, siguen creyendo en los errores propios de su antigua religión; son supersticiosos e invocan a los antiguos dioses y, por ello, caen continuamente en errores. De acuerdo con los médicos tlatelolcas y mexicas que dieron sus opiniones escritas al padre Sahagún, estos médicos no conocedores eran

“malos”; para Sahagún, eran malos porque ignoraban la medicina que él consideraba la verdadera, pero sobre todo porque se salían del referente de la religión cristiana, y eran malos por ser servidores del demonio. Esto explica la situación, pero, por supuesto, no nos dice mayor cosa acerca de la moral médica del *tí-citl* en tiempos prehispánicos.

Pero en sus textos aparece también un criterio diferente para distinguirlos, que es la capacidad de dañar intencionalmente. Este aspecto es central. Hasta el momento en el que el texto del *Juramento hipocrático* hace pronunciar al nuevo médico la promesa solemne de emplear su conocimiento exclusivamente en beneficio del enfermo, de todo enfermo, una propiedad del médico fue la posibilidad de dañar a quien quisiera. Podría dañar a los extranjeros, a los pecadores, a quienes le ofendieran, pero era importante que fuera siempre una amenaza para todos los que se desviaran de la norma social, de la moralidad imperante.

La presencia entre las ordenanzas de Nezahualcōyotl de una que condenaba a muerte a quien matara a otro mediante brujería sanciona precisamente esto: se puede y se debe matar o causar mal a los enemigos, pero nunca a los hombres o las mujeres pertenecientes al mismo pueblo. El médico, mago poderoso, debe ser capaz de dañar, pero ha de ajustarse a los límites que le impone la estructura social.

EL CÓDIGO DE HAMMURABI Y LA COACCIÓN LEGAL EN LA MEDICINA BABILÓNICA

Un primer testigo documental de la preocupación social por acotar un adecuado ejercicio de la medicina proviene de Babilonia. Por el año 1770 a. C. Hammurabi, rey de Babilonia, dictó un código de leyes y disposiciones para regular la conducta de sus súbditos en el cual existe buen número de ítems, los párrafos 215 a 222, relativos a la práctica profesional de los médicos.⁷ En ellos no se habla de moralidad ni inmoralidad, sino de los posibles malos efectos de una intervención, ante los cuales, aparentemente sin mayor discusión se pasaba a la imposición de una pena. Es decir, el código no señala ningún aspecto de razonamiento ético ni de responsabilidad moral, sino que ejerce una coacción legal inmediata al dejar bien reglamentadas y especificadas las situaciones por considerar.

Dichos casos se limitan a la realización de una intervención de importancia “con una lanceta de bron-

ce”, y a abrir “la cuenca del ojo”, asimismo con esa lanceta, enumerados en los párrafos 215 a 217, todos con referencia a la curación y a los honorarios que se debían pagar según se tratara de un noble, del hijo del subalterno o de un esclavo; semejante situación, ahora relacionada con la reducción y consolidación de una fractura, se expone en los párrafos 221 a 223. Pero, insistimos, todo se limita a fijar los “justos” honorarios. Ahora bien, los párrafos 218 a 220 se refieren al éxito desafortunado de la intervención y a la penalización consecutiva del médico, la cual implica para el paciente la muerte o la pérdida del órgano, en este caso el ojo, y para el médico la amputación de una mano –aunque en una de las traducciones se menciona “las manos”– o el pago de una multa si el enfermo era de baja estofa social o un esclavo.⁸

Los siguientes dos párrafos del *Código*, es decir, 224 y 225, se refieren a la cirugía en la práctica veterinaria y son reglamentaciones respecto del pago correspondiente, no de acuerdo con la intervención realizada, sino tasado en el sexto de su precio, que sería de la cuarta parte de éste si los resultados eran fatales para el animal. Tomando estos datos como referencia, se puede conjeturar que para el caso de seres humanos también se había imaginado un posible precio, en el cual no hay duda cuando se trataba de esclavos, pero salía de todo cálculo en lo referente a hombres libres de alta jerarquía social, situación en la que no se habla de precio ni de multa, y se pasa a la penalización por mutilación. Con ello se puede afirmar que al médico, *asu*, se le consideraba un individuo socialmente valioso, en el nivel de los “señores” y por encima de subalternos y, por supuesto, de los esclavos.

En conclusión, con los escasísimos elementos que nos proporciona el *Código de Hammurabi* queda claro que en Babilonia, en su tiempo, se había considerado necesario reglamentar la práctica de la cirugía, y decimos cirugía pues todos los casos incluidos en la legislación tienen que ver con intervenciones quirúrgicas. Esto con seguridad era una respuesta ante la existencia de abusos y de la presencia sentida socialmente de cirujanos inhábiles. Llama la atención que el texto dice claramente “le ha causado la muerte” o “ha destruido el ojo”, señalando una culpa. Es decir, aparentemente no se castiga al médico por el simple hecho de haber tenido un resultado pobre con su intervención, sino que se le considera causante de ese resultado, lo que emparenta la situación con los casos actuales de “mala práctica”.

Sin embargo, no existe en dicho código ninguna afirmación ni discusión que entrañe la conceptualización de una moralidad y menos aún de reflexión ética; so-

lamente se puede hablar de coacción legal dirigida contra los “malos” médicos, entendiendo el malo en un sentido técnico, tal vez incluso en el de no pertenecer a un grupo educado en la ortodoxia profesional.⁹ Dicho así, el *Código de Hammurabi* no se puede considerar un texto de moral médica, sino, como sucederá múltiples veces en el curso de la historia, un intento de prevención o corrección legal coercitiva. Es decir, se sanciona o amenaza con castigos a los médicos que provoquen daños a sus pacientes.

LA MORAL MÉDICA EN EL ANTIGUO EGIPTO. PROLEGÓMENOS PARA UNA ÉTICA

En la cultura egipcia existen evidencias de la profesionalización del mago y, por ende, del médico. Nadie que no hubiera estudiado podría ejercer la medicina y para proveer dicha enseñanza estaban los templos de Thot, en los que se reunían sacerdotes ya capacitados para curar, tanto en lo que implica el sentido mágico del término como en lo que corresponde al conocimiento de los recursos medicinales. En dichos templos se guardaban los textos sagrados, los papiros médicos, de manera que se garantizaba un conocimiento de la tradición en el arte de curar y una formación en la pureza y la justicia que eran de importancia capital en un país en el cual se vivía con la pretensión de inmortalidad. Los médicos actuarían siempre buscando mantener el orden cósmico en el ejemplo individual de cada uno de sus pacientes, y así se constituían en ayudantes de los dioses, poderosos por el conocimiento que encarnaban y ejercían.¹⁰

En consecuencia, el médico era bueno si aplicaba el conocimiento aprendido en los textos al pie de la letra y era malo si no lo hacía, malo por ignorancia y por faltar a la tradición y malo, moralmente, por romper la secuencia del orden cósmico; sin embargo, había una excepción: sólo unos cuantos, los médicos excelentes, podrían proponer y llevar a cabo modificaciones a los tratamientos consagrados. En este sentido, Diódoro de Sicilia, un viajero griego que visitó Egipto en el siglo I a. C. y escribió una extensa historia, señalaba que los médicos atendían a los enfermos sin percibir honorarios, ya que todos ellos recibían “su sustento” de los fondos públicos, lo cual excluye prácticamente el lucro como una posibilidad en la práctica médica y lo dejaría en el nivel de delito.

No han faltado quienes han puesto en duda si esta medicina social se extendía a toda la población o se limitaba a los militares y a los funcionarios públicos,¹¹ aunque nosotros, considerando el papel central del

faraón como el dios sobre la Tierra y algunos elementos aislados procedentes del tiempo de Ramsés II, nos inclinamos a pensar que la atención era general. Por otra parte, el mismo autor señala que siempre se debería ejercer la medicina de acuerdo con lo que dicen los textos sagrados y que, apegándose a ellos, el médico tendría la seguridad de que no se le culpaba por ningún fracaso terapéutico ni por ninguna complicación y que, de hacer lo contrario, al no tener un éxito rotundo se arriesgaba a ser juzgado y a incurrir en la pena de muerte.¹²

Existen varias recetas recomendadas con fines anticonceptivos, en las cuales se especifica que se podrá mantener la mujer sin concebir por uno y hasta tres años.¹³ En ellas se habla tanto de mujeres en general, *set*, como de esposas, *hemut*, lo cual plantea una visión del problema que va más allá de evitar embarazos ilícitos para dar la idea de que se trata verdaderamente de una planeación familiar.

No se tienen datos precisos acerca de cómo se conceptuaba la práctica del aborto, pero en el Papiro de Ebers se mencionan dos técnicas para llevarlo a cabo: la introducción de aceite caliente en la vagina y mediante un pesario vaginal hecho de resina de pino, ambos medicamentosos, no instrumentales.¹⁴ Aunque es de hacer notar que en el segundo de los párrafos se plantea cómo prevenirlos haciendo masaje en el vientre y los muslos en los periodos de menstruación, no se tiene noticia acerca de cuándo ni por qué se practicaba.

Con estos escasos datos poco se puede concluir. No obstante, conociendo la imagen integral de la religión y la filosofía egipcias cabe señalar que la acción de los médicos no se consideraba un hecho aislado o independiente de un orden general y que actuaban como delegados de fuerzas superiores, la del faraón en primer término, y, por supuesto, las de los dioses, luchando por evitar la irrupción de las fuerzas del mal, en su caso particular personificadas por la enfermedad. De ello se desprende su dimensión y sus obligaciones morales, aunque en la práctica mucho se fue limitando al estudio de los textos antiguos y al apego a la tradición, lo que en cierto sentido podríamos llamar una moral de mínimos canónicos.

ÉTICA MÉDICA EN CHINA

En China, por el contrario, debemos situarnos ante una cultura milenaria que persiste hasta la actualidad a pesar de sus variables relaciones con las culturas europeas. La cultura china ha mantenido una visión del mundo que deriva esencialmente del pensa-

miento de Confucio, al que se han sumado en proporción variable, dependiendo de las épocas y de los estratos de población, el taoísmo y el budismo.¹⁵ Dicha cosmovisión hace de la enfermedad el resultado de las relaciones del individuo con los espíritus de sus antepasados, a lo que se agregan las diferentes modificaciones sufridas por su organismo a través de sus relaciones con las fuerzas cósmicas, en particular las del cielo y la tierra encarnadas en el *yang* y el *yin*. El apego a las normas sociales traerá consigo una actitud benévola por parte de los antepasados, mientras el mantenimiento de un equilibrio entre las acciones y el descanso, lo que se come y se bebe, llevará a una correcta correspondencia energética con el mundo.¹⁶

A partir del siglo II a. C. la centralización del poder y la imposición del confucianismo como sistema filosófico y filosófico político marcaron una tendencia al desarrollo de una moral médica y de un pensamiento ético referidos a la puesta en práctica de una medicina correcta que absorbiera y permitiera la incorporación de las prácticas empíricas que se revelaran efectivas. Los primeros efectos se dejaron sentir en el control ejercido desde una medicina oficializada hacia todo tipo diferente de práctica médica.

Agregado a este aspecto organizativo, las enseñanzas de Confucio influyeron en todo el ámbito social haciendo recaer en la medicina algunas de las actividades que implicaba la puesta en práctica de la virtud. Por ejemplo, la reverencia hacia los padres y abuelos y los deberes hacia la familia incluían el mantenerlos sanos, y los obligaban a todos a tener un mínimo conocimiento de la medicina y, de allí, si se quería ascender socialmente, a tratar de adquirir el conocimiento enciclopédico que se exigía para los empleados imperiales, los cuales, tras aprobar rigurosos exámenes que abarcaban la totalidad del saber clásico, pasaban a ser *ru yi*, médicos confucianos.¹⁷

Sun Ssu Miao, quien vivió en el siglo VII d. C., es el autor del primer texto de ética en el capítulo denominado "Sobre la absoluta sinceridad de los médicos", incluido en su monumental tratado de medicina titulado *Las mil prescripciones áureas*. Los médicos que estudiaban con los maestros reconocidos adquirieron un rango superior a los practicantes empíricos, el cual los igualaba a los funcionarios públicos. Un movimiento moralizante llevó a negar la existencia y el valor de una medicina derivada de la lucha contra las acciones de malos espíritus y a promover aquella entendida como un saber de correspondencia sistémica con la estructura del universo.¹⁸

Con una intensa relación con el pensamiento budista, Sun Ssu Miao describe una ética orientada ha-

cia el correcto sentir y comportarse del médico. Antes que nada debe aproximarse al paciente con la “mayor atención y concentración en los signos de la enfermedad, para luego poner énfasis en que debe mantenerse mentalmente tranquilo y con una compasiva disposición de ánimo. El Gran Médico no debe prestar atención al estatus, riqueza o edad, ni cuestionarse acerca de si la persona es atractiva o no, si es enemigo o amigo, si es chino o extranjero, o, finalmente, si es educado o falto de educación... Él siempre deberá actuar como si estuviera pensando acerca de sí mismo...”¹⁹ El médico deberá hablar pulidamente, no dejarse impresionar por la riqueza y no tener indulgencia consigo mismo frente a la buena comida o bebida que se le ofrezca en casa de los pacientes.

Siglo y medio después, Lu Zhi definió la medicina como una forma de practicar el humanitarismo fijando la atención en esta virtud que Mencio consideraba innata en todo ser humano. Ahora se insiste en que el médico cumplirá con su cometido moral al olvidarse de su propio provecho y buscar la manera de apresurar la eliminación del sufrimiento del enfermo.²⁰ Esto será ratificado una y otra vez, como lo hace por ejemplo Kou Zhongshi, quien, a pesar de que su obra el *Pen-ts'a*, es fundamentalmente un tratado sobre los fármacos, no deja de destacar el hecho de que el paciente comenzará a dudar de su médico en cuanto note que no tiene como guías la compasión y el sentido de humanidad.

Para cerrar este brevísimo registro de médicos chinos que se ocuparon de la ética médica y escribieron acerca de ella mencionaremos a Jiang Chou, también seguidor de las enseñanzas de Confucio, que vivió en el siglo XIII y es autor de un librito que lleva por título *Yigong baoying*, que se puede traducir como *Retribuciones por los servicios del médico*, en el que reúne algunas historias demostrativas de diferentes actitudes frente a problemas éticos y morales que se pueden presentar al profesional. Para él el buen médico siempre ayudará a las personas necesitadas de sus servicios, será generoso con quienes no puedan pagarle y aun rechazará todo ofrecimiento sexual como recompensa por sus servicios; al contrario, el mal médico será siempre ambicioso, empleará remedios mal preparados y descuidará el bienestar de sus pacientes; incluso una de las historias lleva al lector fuera de este mundo para narrar los tormentos que recibió en el cielo una mujer que se dedicaba a practicar abortos. Esta prohibición del aborto no es común a todas las épocas ni a todos los estratos sociales de la cultura china.

El texto aquí referido corresponde a un momento histórico en que los emperadores mongoles de la di-

nastía Yuan así lo prescribieron, pero se ha conservado hasta la actualidad el criterio de raigambre taoísta que sostiene que el aborto sólo es tal cuando se procura la expulsión y muerte de una criatura que ya es viable.²¹ Más tarde, a principios del siglo XVII pero dentro de la misma tradición de Confucio, otro médico, Ch'en Shih-kung, ofrece a sus colegas y alumnos una serie de consejos prácticos que marcan la movilidad de los límites de esa moralidad, a primera vista tan cerrada. Señala, entre muchas otras cosas, la necesidad de benevolencia y de eliminación del criticismo hacia otros médicos, así como mantener siempre esa actitud benevolente ante quienes tienen opiniones médicas y aplican técnicas diferentes de las propias; la posibilidad de tratar médicamente a las prostitutas, señalando que esto no tiene nada que ver con el posible descrédito del médico; la conveniencia de guardar e invertir los excedentes, cuando las ganancias son abundantes, o lo inapropiado que es recibir regalos extravagantes o costosos o aceptar agasajos caros por parte de los pacientes.²²

Como se advierte, los médicos chinos se han preocupado por el estatus moral de su práctica profesional desde épocas muy antiguas y han tratado de ajustarla a las prescripciones filosóficas y religiosas que rigen su cosmovisión. Las formas de abordaje de problemas particulares como el aborto y la eutanasia derivan fundamentalmente de esa misma visión del mundo y la vida, y no es sino a través de los contactos que se han ido desarrollando con la civilización europea moderna como se han hecho patentes los problemas inherentes al incremento de posibilidades de actuar que es propio de la medicina moderna.

ÉTICA MÉDICA EN EL HINDUISMO Y EL BUDISMO

Para los pensadores hindúes la medicina fue invento de los dioses. Atreya Purnavasu la recibió de ellos y la puso al servicio de la humanidad. De tal manera, la medicina tiene siempre un dejo sagrado. Los encantos, conjuros y fórmulas mágicas que en el *Atharva Veda* se codean con el empleo de medicamentos de procedencia animal, vegetal y mineral y con la práctica de disciplinas sumamente refinadas que conducen al control de cuerpo y mente. Todo en su conjunto, unido a la bendición de las numerosísimas deidades, constituye el *Ayur Veda*, la ciencia de la vida.

La existencia de códigos morales que prescriben reglas de severidad variable según a quien se dirijan, las que van desde los deberes piadosos de las mujeres al ascetismo intransigente de los Sadhus o a la vida

de pureza de los brahmanes, marcó desde tiempos muy remotos las características de una vida social inmersa en la reciprocidad de deberes humanos y dones divinos. De este modo la recta vía, el *dharma*, aparece en toda contingencia de la vida humana y es expresión de posibilidades de superación para médicos y pacientes. El buen médico se mantendrá siempre escrupulosamente limpio y será constantemente amable con todos los seres, reconciliando el enojo y la ira, consolando a quienes tienen temor, siendo misericordioso con los pobres y de naturaleza comprometida y tolerante para con los demás; todo esto aunado a tener un profundo conocimiento de la ciencia médica y de sus aplicaciones.²³

En el terreno de las cualidades morales, se equipara al médico con quien es “como la madre, el padre, el pariente de la gente” que los cuida y protege. En Caraka (1976) también se incluye el texto de un juramento, el cual ha recibido el epónimo del autor, que recuerda en muchos aspectos al juramento hipocrático.²⁴ No han faltado autores que proponen una influencia del texto hindú sobre el griego a través de los pitagóricos que viajaron a la India en los siglos VI y V a. C.²⁵

Por otra parte, las modificaciones en los fechamientos que proponen que el *Caraka Samhita* haya sido escrito en el siglo I d. C. y no en el VII a. C. cambia completamente la cuestión, puesto que las influencias serían en sentido inverso y están asociadas a los contactos con el mundo griego en tiempos de Alejandro Magno.²⁶ No obstante, hay notables diferencias que se explican, más allá de posibles influencias mutuas, en disensos originados en la estructura misma de las sociedades en las que se desarrollaron. Teniendo como trasfondo la profunda religiosidad que orienta toda actividad humana a la búsqueda de la purificación, la actividad del médico debe dirigirse al alivio del paciente.

El *Juramento de Caraka* dice a la letra, en una forma quizá menos solemne pero más poética que como lo hace su paralelo hipocrático:

Día y noche, siempre que estés comprometido, deberás luchar por el alivio del paciente con todo tu corazón y alma: No deberás desertar ni lastimar a tu paciente, ni siquiera por salvar tu vida o tus pertenencias.

Es claro y evidente que el principio de beneficencia queda expresado como el fundamento de toda relación médico-paciente. El texto incluye algunas premisas deontológicas que lo aproximan mucho a su contraparte griega: recomienda, por ejemplo, ir

siempre a la casa de los pacientes acompañado de algún conocido de ellos y quien ha pedido previamente permiso para entrar; “tu discurso, mente, intelecto y sentidos” deben estar enteramente inmersos en pensamientos conducentes a auxiliar al paciente y a aquello que le concierne; nunca debe hacer público lo que venga a noticia suya durante la visita a los enfermos.²⁷

No faltó en el texto de Caraka una sección dedicada a la etiqueta. Se recomienda al médico o al estudiante de medicina ser modesto en su vestir y en su apariencia, decir palabras que sean gentiles, puras, rectas, placenteras, confiables, verdaderas, plenas y moderadas. Pero había una salvedad: aun cuando tenía la obligación de decir la verdad, le era permitido mentir cuando de la mentira se derivara la salvación de la vida del paciente.

Aunque el aborto fue explícitamente prohibido, en los textos médicos se consignan medicamentos que hacen que la matriz se contraiga y se señala que pueden utilizarse preferentemente en mujeres con mala salud, viudas o de moral liberal. Respecto al fin de la vida, la actitud prevista por el hinduismo es muy diferente de las de la cultura occidental, pues aunque el fin de la medicina es el alivio de los pacientes, no entra en este rubro el mantenimiento indiscriminado de la vida y la muerte no es el opuesto de ésta, sino el del nacimiento. Por tanto, el médico no está obligado a imponer tratamientos “heroicos” a los enfermos cuya ciencia ha desahuciado, a quienes padecen enfermedades incurables o a quienes están imposibilitados de manera definitiva a expresar su sentir y sus deseos; a todos ellos les está permitido “dejar” la vida, habitualmente disminuyendo paulatinamente la ingesta de alimentos, agua y, por supuesto, medicamentos, y siendo atendidos sólo para mantener la alimentación cuando es el caso o para administrar analgésicos u otros tratamientos paliativos.²⁸

La aportación del budismo a la ética médica de la India –y de todo el resto del Lejano Oriente– no puede ser soslayada pues significó diferencias cualitativas de primera magnitud. Si bien la doctrina inicial de Sidharta Gautama, el Hinayana, estaba dirigida hacia la iluminación individual, desde épocas muy tempranas circularon historias según las cuales el propio Budha había cuidado de un monje enfermo que había sido abandonado a su suerte por sus compañeros, que estaban profundamente absortos en sus propias meditaciones. La compasión y el deseo de relevar el dolor de cualquier criatura viviente son las nuevas virtudes que conducen a preocuparse por los demás y atenderlos en sus necesidades, en particular

las de salud. En un símil con la caridad que más tarde predicaría el cristianismo, la compasión budista significa por sí misma el camino de la iluminación a través de la eliminación de las impurezas dejadas por esta vida y las vidas pasadas.

Al cuidar y curar, el monje budista camina en la senda de su asimilación al espíritu del mundo, dando lugar a una ética médica en la que la atención del sufriente y la búsqueda de su alivio son fines y medios simultáneamente; fines, en el sentido de que el paciente podrá a su vez avanzar hacia la purificación al recobrar su capacidad de meditar y al poder agradecer los beneficios recibidos; medios, al considerar que a través de estas acciones los iniciados se acercan a la iluminación.

ÉTICA Y MORAL MÉDICAS EN LA ANTIGÜEDAD CLÁSICA

ÉTICA MÉDICA EN LA MEDICINA HIPOCRÁTICA

En un texto de dimensiones tan limitadas como éste no pretendemos ni por asomo presentar al lector una narración secuenciada y completa del desarrollo histórico de la ética médica. Lo que intentamos es proporcionarle los elementos suficientes para que él pueda, al construir su propia narrativa, tener una visión de lo sucedido y disponga de la información que le permita precisar algunos escenarios históricos y sus características. Así, abandonando a las culturas definidas como pretécnicas en virtud de haber existido fuera de la tradición occidental que inventó la *techné iatriké* junto con otras actividades profesionales que aunaban el saber teórico a la praxis derivada de él, dedicaremos los párrafos siguientes a analizar el legado de la Grecia clásica y helenística a la ética médica, legado que se asocia tradicionalmente al nombre de Hipócrates.

La existencia de un cuerpo de documentos, hoy conocido como *Corpus Hippocraticus* que, a pesar de estar compuesto por textos procedentes de diferentes épocas y escuelas y, desde luego, de distintos autores, se ha relacionado directa y poco críticamente con el gran maestro de Cos, ofrece la inmensa ventaja de disponer de escritos que brindan al investigador y pensador de épocas posteriores el acceso a los conocimientos y las formas de atención médica vigentes en el mundo griego. Pero a la vez trae consigo la complicación de permitir la realización de inferencias apresuradas, tomando al *Corpus* como si fuera una

obra unitaria y lo planteado en él procediera de un mismo momento histórico y de un mismo grupo de pensadores médicos. Algunos estudios realizados a partir de la segunda mitad del siglo XIX, pero sobre todo en las últimas décadas han sumado esfuerzos interdisciplinarios para separar grupos de documentos, identificar escuelas y hasta autores y demostrar que las obras reunidas en el *Corpus* se eslabonaron entre los siglos V y I a. C., y aún se ha llegado a plantear que podría haber algunos posteriores o al menos sustancialmente modificados durante los primeros siglos de la era cristiana.

En el mismo sentido, afirmar que la ética hipocrática es una y se centra en los contenidos del *Juramento* es sumamente aventurado. Tradicionalmente se ha dicho que es uno de los textos más antiguos del *Corpus*²⁹ y se le ha ubicado entre fines del siglo VI y la segunda mitad del siglo IV, es decir, haciéndolo anterior por cerca de un siglo al nacimiento del Hipócrates histórico o bien, hasta una o dos generaciones posteriores a su muerte. Actualmente, con base en análisis filológicos se ha señalado la posibilidad de que incluso procedería de tiempos helenísticos tardíos, es decir, entre los siglos III y II a. C.³⁰ Lo más probable es que a pesar de conservar fórmulas antiguas se haya escrito dentro de una tradición cercana a la hipocrática, no por Hipócrates mismo, en los años inmediatos a su muerte. Los otros documentos de carácter ético-deontológico datan también de épocas variadas, *La ley* y *El arte*, del siglo V a. C.; el *Decoro* y *El médico* de los siglos I y II a. C.

Considerado lo anterior, procederemos a exponer los contenidos éticos más importantes contenidos en estos documentos en orden cronológico y destacando las diferencias y continuidades que se observan en su secuencia.

Antes de entrar de lleno en la consideración de dichos textos nos detendremos para destacar algunas frases dispersas en los tratados médicos más relacionados con la persona misma de Hipócrates, que nos orienten en cuanto a sus concepciones éticas llevadas a la proximidad más completa de la práctica médica. Un punto de particular importancia es el empleo del término *anthropo*, para designar al paciente. Observa Jouanna, uno de los eruditos más grandes en materia del pensamiento hipocrático, que esto reviste el interés de dejar perfectamente establecido que las distinciones de sexo, edad, estado social y aun origen racial—aunque esta última distinción habría que pensarla, dada la separación tajante entre griegos y bárbaros— quedan como secundarias ante la pertenencia al género *anthropos*, en el que para algunos

autores griegos de esa época no quedarían comprendidos los bárbaros. Pero, al fin y al cabo, lo que resta es un pronunciamiento a favor de un humanismo que marca indeleblemente a la práctica médica como un conjunto de acciones benéficas que abarcan a todo el género humano.³¹

De entrada, la medicina hipocrática es explícita en manifestarse como una antropología que, además, ha hecho suya la idea del sofista Gorgias –quien por cierto tenía un hermano médico y al parecer registraba varios médicos en su familia– en el sentido de que “el hombre es la medida de todas las cosas”. En estos términos el fin de la medicina no es conocer, no es diagnosticar, ni siquiera el prescribir; es buscar el beneficio de los seres humanos. A esto se refiere la frase escrita en el primer libro de las *Epidemias* que se ha tornado el epígrafe de la medicina hipocrática y el origen reconocido de toda la ética médica occidental: “Se debe tener en las enfermedades dos cosas ante la vista: ser útil o al menos no dañar.” Pero enseguida consigna otro concepto fundamental: “El médico es el servidor del arte; hace falta que el enfermo ayude al médico a combatir la enfermedad.”³²

Con esto se dejan claras algunas cosas; ante todo que el médico, a pesar de lo que significara su saber, no actúa por cuenta propia, es un servidor del arte, lo cual le confiere una dimensión que le aproxima a lo sagrado. Es sacerdote del arte, sacerdote de la *physis*, haciendo para ello gala de su empleo de la razón. En otros textos, como es *La ley*, concluirá afirmando que no continúa escribiendo más detalles pues las cosas sagradas deben guardarse para los hombres sagrados.³³

El *primum non nocere* justificaba abstenciones de actuar que pudieran parecer poco justificadas hoy día, en una época en que nos hemos acostumbrado a ejecutar tratamientos “heroicos” y a veces hasta reconocidos sin posible utilidad ante el *perentorio* comando –falsamente atribuido a la medicina hipocrática, y en particular al *Juramento*–, de que se debe llevar a cabo todo lo que se pueda hacer y utilizar para tratar de salvar la vida del enfermo. Para el médico griego de fines del siglo v a. C., cuando su pronóstico lo llevaba a reconocer una enfermedad que sobrepasaba las posibilidades de lucha y recuperación del enfermo –de las que se denominaban entonces *katá ananke*–, lo mejor que podría hacer era abstenerse de continuar tratamientos dolorosos, onerosos e inútiles. No tomaría a su cargo a esos enfermos, si no era para aliviar el dolor o disminuir y evitar molestias.

En casos de pacientes fracturados, la recomendación se ampliaba a que se evitaran los tratamientos espectaculares y más dolorosos e incluso la puesta en

práctica de procedimientos innovadores que iban más dirigidos a aumentar la reputación del médico que al interés del paciente.³⁴ Semejante es lo que se prescribe en el librito *Del arte*, en donde es tajante la insistencia de no actuar cuando no hay nada que hacer en pro del enfermo y en el texto no se alude a las posibilidades de aliviar o paliar las molestias.

El pequeño tratado conocido como *Nomos, La ley*, consta solamente de un par de páginas. Las prescripciones a las que se refiere son las que se consideraban indispensables para aprender medicina. Lo primero que se plantea es la necesidad de distinguir al verdadero médico del charlatán, afirmando la poca estima en la que había caído el arte médico a causa de ellos. Esto a principios del siglo iv o del v a. C. Así, la primera responsabilidad ética del médico es aprender adecuadamente la medicina, apropiarse del conocimiento y, luego, llevarlo a la práctica. No se es médico sin saber medicina. Una queja que revela las condiciones de regulación de la medicina en esos tiempos hacía énfasis en que su mala práctica no era oficialmente penalizada y que el único resultado de ejercerla ignorantemente y sin escrúpulos era el deshonor.

Un aprendizaje formal, con un maestro calificado, parangonado con el cultivo de las plantas, daría como resultado la cosecha de buenos médicos. Esta misma preocupación aparece en el *Juramento*, expresada a través del respeto que se debe tener hacia el maestro, a quien se debería considerar de la misma manera que al propio padre, cosa que las más de las veces era realidad, pues la primera forma establecida de transmitir los conocimientos médicos era a través de la enseñanza de padres a hijos.

El *Juramento* es con mucho el texto hipocrático más conocido y se le ha considerado el modelo por excelencia de un código de ética médica, aunque en realidad es un código deontológico de moral médica, en el cual se establecen obligaciones reconocidas como moralmente encomiables por una sociedad. Se ha señalado párrafos atrás que muchas de sus prescripciones se pueden identificar como próximas al pensamiento de los pitagóricos, lo cual no sería nada extraño si se considera la gran influencia que uno de ellos, Alcmeón de Crotona, ejerció sobre el pensamiento y la teoría médica de Hipócrates.

A esta tendencia se adscriben el respeto a la vida y la negación del aborto y de la eutanasia. Mas, próximo a ellos, se encuentra la aserción de que no se administrará por ningún motivo ningún fármaco que pudiera hacer daño al paciente, lo que conduce a la consideración de que el médico ha renunciado a su capacidad de dañar aprovechando para ello el conocimiento que

posee, hecho ético de inestimable importancia; pero lo limita al grado de no utilizarlo nunca, incluso cuando el paciente considera que tomar un veneno y morir por ello redundarían en su propio beneficio. En otras palabras, en el *Juramento* es limitada la posibilidad de definición del beneficio del enfermo a lo que especifica como benéfico un grupo de filósofos que de manera alguna constituyen la totalidad de la sociedad griega de ese momento histórico.

Contrariamente se destacan las opiniones de Platón y de Aristóteles, quienes consideran que la muerte puede ser un bien, tanto para el individuo como para la sociedad.³⁵ A ello agréguese que no se puede olvidar que Aristóteles tuvo una excelente formación médica y que pertenecía a una de las familias de asclepiádes, es decir de médicos que hacían remontar sus orígenes al mismísimo dios de la medicina. Los estoicos también consideraban la muerte como un posible beneficio, y elogiaban la práctica del suicidio cuando se consideraba que las condiciones de la vida no eran ya las adecuadas. Esto permite afirmar que en la sociedad griega contemporánea a Hipócrates había una diversidad de puntos de vista acerca de la muerte y de lo que significaban la santidad de la vida y el beneficio de los pacientes, de modo que las proposiciones del *Juramento* deben ser tomadas como una de las posiciones socialmente aceptadas en una sociedad plural que contemplaba otras posibilidades diferentes.³⁶

La prohibición de la práctica de la cirugía por parte de los médicos y la asunción de que existían especialistas son falacias motivadas por una lectura del texto del *Juramento* hecha 2400 años después de que fuera escrito y en condiciones sociales, de conocimiento y de regulación de la práctica médica totalmente distintas de las entonces existentes. Lo que prohíbe el *Juramento* es la práctica de la talla perineal, no de la cirugía, y en esto sí es posible reconocer la presencia de criterios pitagóricos relacionados con la pureza o impureza de ciertas partes del cuerpo. Los textos médicos hipocráticos son ricos en alusiones a maniobras quirúrgicas e incluso el bellissimo libro titulado *De la oficina del médico* dedica gran parte de sus páginas a describir cómo debe ser una sala de operaciones.

La obligación de no revelar nada que el médico hubiera conocido en la práctica de su profesión consagra el secreto profesional, condición que, a la par con el secreto de confesión, se ha mantenido vigente por las culturas cristianas hasta la actualidad. Este es uno de los rasgos de la ética hipocrática que marca su influencia hacia el futuro, ya que ha revivido como sustancial a partir de la adopción de un principio de

autonomía que eleva a un primer plano la capacidad de decisión del paciente por parte de la bioética médica de fines del siglo xx.

Otros aspectos, como es el de la continencia en el trato a los familiares del paciente, en particular a los del sexo opuesto y, en el contexto de la Grecia clásica, a los jóvenes con quienes estaba plenamente aceptada la relación homosexual, entran ya en el contexto de las relaciones sociales que el médico debe promover y cuidar en lo tocante al no rompimiento de las normas y costumbres establecidas y que tendrían que ver más con el decoro que con la ética estrictamente profesional.

Ya desde tiempos de Hipócrates se insistía en las dotes que el médico debería poseer para cumplir con las exigencias que le imponía su profesión. Además de saber, no podía prescindir de ser abnegado y sacrificar muchas veces sus propios intereses para poner en el primer lugar de sus elecciones el beneficio del paciente, en una escala que va desde la presencia pronta a su lado hasta dejar de realizar actividades encaminadas a intereses personales y familiares,³⁷ su capacidad para dialogar con los pacientes y dar un sentido de alivio a sus palabras, empleando su ingenio para distraer la preocupación del enfermo al decir cosas graciosas o ejerciendo la “dulce persuasión”, elemento considerado de gran valor en la cultura griega.³⁸ Todos estos rasgos se amplifican y traen a un primer plano en las obras deontológicas tardías de la colección hipocrática, como *El decoro* y *El médico*.

El decoro, a todas luces un texto tardío en relación con la figura histórica de Hipócrates, no desentona en nada con los principios generales de la ética médica que se plantean en los textos más antiguos.³⁹ Al aludir en sus dos grandes secciones a las cosas que el médico debe tener y portar consigo cuando acude a consultar a sus enfermos y a la manera de comportarse durante la visita a sus domicilios, se convierte en una guía de conducta y en un referente para la construcción de la imagen del médico ideal al que todo buen profesional de la medicina debe intentar parecerse.

Una actitud reservada, observar la corrección en la forma de sentarse, el arreglo en el vestir, la compostura y buenos modales, la brevedad del discurso y lo decisivo de las frases dichas, el dominio de las situaciones complicadas y la rapidez en la ejecución de las acciones, todos ellos requisitos exigidos en ese texto, reúnen elementos de etiqueta profesional con habilidades en la aplicación práctica de los saberes. La calma y la eficiencia son dos rasgos sumamente recomendados y, suena ahora extraño aunque en la práctica es común, en el capítulo XVI se aconseja ocultar

la mayor parte de las cosas al paciente cuando se está con él en consulta, elemento marcadamente paternalista que va cayendo cada vez más en descrédito. Sobre todo, se insiste en que no se debe revelar al enfermo nada acerca de su situación presente o futura.⁴⁰ Resultado: una buena reputación profesional, que es el premio concebido en la medicina hipocrática para quienes lograran ser verdaderos médicos en el sentido más amplio del término.

El último documento en revisar y el más tardío en cuanto a su elaboración es *El médico*, que data del siglo I a. C. y en cuya introducción se hace referencia a situaciones de etiqueta médica. Su meta es definir y describir los elementos constitutivos de la dignidad del médico. Comienza por su presencia que, señala, debe ser saludable, y es preferible que el médico sea tan gordo como quepa en su constitución física. Deberá estar siempre limpio y bien vestido, untado con ungüentos perfumados. Sus cualidades morales le obligan a llevar una vida ordenada, ser parsimonioso y solamente efusivo cuando la situación lo requiera, expresivo pero no adusto y siempre dueño de sí mismo, siendo este último rasgo proveniente de la filosofía estoica adoptada por un buen número de médicos desde mediados del siglo IV a. C., en la cual se daba especial valor al control y la anulación de las pasiones.⁴¹

Como se advierte, la atribución de la invención de la ética médica a la medicina griega de tiempos de Hipócrates no es descabellada. La conversión de una moral, con sus normas y obligaciones, con sus consideraciones y códigos deontológicos, en una ética propiamente dicha, es decir, dotada de reflexiones filosóficas, es evidente. Se prescriben formas de actuar y de ser, pero esencialmente se coloca al médico en una posición de reflexión y responsabilidad frente a su arte, manteniéndolo dentro de un marco que excede los límites de la sociedad profana a la vez que humaniza su sacralidad al hacerlo partícipe y no amo y señor del proceso diagnóstico y terapéutico.

Aunque los textos hipocráticos no pueden seguir siendo normas inmutables para la práctica de la medicina en los tiempos actuales, conservan el valor simbólico de la toma de conciencia que lleva al ejercicio de la responsabilidad.

ÉTICA MÉDICA EN LA ROMA CLÁSICA

Roma asomó a la historia universal como un intruso conquistador que penetró al mundo griego como potencia militar y quedó prendado por las maravillas

de su cultura, su culto a la belleza y las ventajosas aplicaciones de sus *technés*. Una de ellas, la *techné iatriké*, resultó particularmente atractiva, al ser la única sistematización del pensamiento médico accesible en la época, además de ofrecer una visión del mundo que era al mismo tiempo un pensamiento naturalista y daba entrada a los dioses reverenciados en ambas culturas, la griega y la romana, como elementos teúrgicos activos, aun cuando no fueran considerados los únicos actores, ya que estaban limitados en la práctica por la creciente aplicación de remedios eficaces y la realización de procedimientos quirúrgicos de muy diversos géneros.

Una característica particular de la moral médica de los romanos es el contraste entre una confianza prácticamente ciega en la medicina ejercida a través del *pater familiae* y una desconfianza creciente hacia los médicos de provenientes del mundo griego. Esto quizá se explique por la suerte personificada en los abusos y la mala práctica del primero de ellos que se estableció en Roma en la segunda mitad del siglo III a. C., Arcagato, procedente del Peloponeso, quien después de un comienzo brillante no tardó en ser apodado *carnifex*, "el carnicero", por su constante recomendación de intervenciones quirúrgicas y sus sangrientas puestas en práctica. Entendiendo que las indicaciones para operar no estaban justificadas y que sus honorarios eran a todas luces excesivos, las autoridades romanas decidieron expulsarlo de sus territorios.

De tal modo, se da una doble moral, en este caso por parte de los pacientes, en la que por un lado se confía plenamente en quienes quizá no tengan la capacidad técnica para ejercer en las mejores condiciones y, por otro, a partir de la desconfianza generada se ponen trabas para que la ejerzan quienes es más probable que la tengan. En este sentido no es de extrañar que en lugar de desarrollarse un pensamiento ético o, al menos, de reflexión moral, se hayan dado legislaciones xenofóbicas. Desde un principio se prohibió el acceso de médicos "griegos" a Roma y esto duró hasta la conquista completa de Grecia, simbolizada con la toma de Corinto y la venta de gran parte de su población como esclavos, lo que sucedió en el año 147 a. C. A partir de entonces volvieron a llegar médicos griegos a Roma, primero como esclavos propiedad de las familias pudientes, luego como libertos y, finalmente, algunas de las grandes figuras fueron atraídas por las expectativas de éxito profesional que ofrecía la capital del mundo. Así, históricamente quedaban establecidas dos tradiciones de moral médica: una, la de la ética médica de los grandes pensadores griegos; la otra, una etiqueta médica establecida por la tradición ro-

mana de los *pater familiae* encargados del cuidado integral de quienes dependían de ellos, familiares, esclavos y animales.

Con el tiempo, esta responsabilidad la asumió el emperador en su papel de *pater patriae*, de manera que actuaría como tal para todos los ciudadanos romanos. El papel de Tiberio al disponer la atención médica de soldados y de ciudadanos presa de calamidades, delegada por supuesto a profesionales, está bien documentado. Al referirse en particular de los sucesos ocurridos en las guerras de Germania y Panonia, Veleyo Patérculo elogia la disposición del emperador para auxiliar a los heridos y enfermos, proporcionándoles atención médica, alimentos y transporte. Esta situación se ha interpretado como algo restringido sólo por los oficiales, pero la frase del propio autor en la que señala que esto se ofrecía a quienes tenían un rango superior e inferior al de él y su grupo, hace pensar que se trataba de algo más general.⁴²

La tradición atestiguada por la existencia de los *Medici* que atendían a los legionarios orienta a considerar que esta costumbre de preparar soldados que pudieran prestar atención profesional en cierta medida a sus compañeros heridos, venía de tiempos antiguos y fue una herencia de los jefes militares, todos ellos *pater familiae*, en tiempos de la república, la cual heredó y mantuvo en práctica el emperador.

Celso, de quien se ha discutido mucho acerca de si fue o no médico, pero es absolutamente seguro que actuó como *pater familia* y fue médico en el sentido puramente romano del término, señala expresamente que la *salutaris professio* –que no necesariamente significa la profesión médica, sino “la profesión benéfica”, es decir, la acción integral de velar por los que dependen de quien la ejerce e incluye también acciones curativas– había florecido desde largo tiempo atrás entre la nobleza y las clases ricas romanas.⁴³ Esta actividad bien podía limitarse a tomar noticia y ordenar la manera y condiciones en que debería prodigarse la asistencia o bien, como fue el caso personal de Celso, realizarla personalmente cuantas veces le fuera posible.

En el curso de su obra, Celso hace repetidas veces referencia a ciertas cualidades que deben poseer médicos y cirujanos. Algunas de ellas se dirigen a aspectos físicos, por ejemplo cuando señala que el cirujano debe ser joven o al menos cercano a la edad juvenil, con manos fuertes y hábiles, que nunca tiemblen, y capaz de utilizar de la misma manera la mano izquierda que la derecha; otras ilustran aspectos morales: tener un espíritu inalterable, estar lleno de sentimientos piadosos por los pacientes, pero no permi-

tirse ser alterado por sus gritos y gemidos, para no ser influido en su actividad quirúrgica por sus propias emociones.⁴⁴

Sin embargo, una parte esencial del espíritu que impregna toda la obra es la omnipresencia de una manera de comportarse, de una etiqueta que distinga al médico aristócrata del médico improvisado y sin educación. El mantenimiento de una apariencia pulcra, de una manera de hablar propia y adecuada, de un vestir sobrio se convierten en rasgos distintivos de él. La disposición constante para proveer de oportuna asistencia a los pacientes, sin reticencias ni dilaciones; la entrega al quehacer profesional y la alegría en la realización de las tareas que lo integran, serán elementos imprescindibles de toda adecuada actuación médica en la tradición occidental subsecuente.

La compasión y el espíritu de humanidad –que se ha traducido como de humana gentileza– son elementos en los que explícitamente ya insistían otros autores romanos, entre ellos Scribonius Largus, autor que escribió sus *Compositiones Medicamentorum* entre los años 14 y 54 d. C. y fue por tanto contemporáneo de Celso. Scribonio, imbuido de las ideas expresadas en el *Juramento* hipocrático, destacaba la importancia de que un médico no debería siquiera pensar en administrar un fármaco dañino a un enemigo, al cual debería matar, si la ocasión lo demandara, como soldado o ciudadano en defensa de su patria. En su opinión, el verse ligados por un *sacramentum* –término latino que él usa para significar un juramento como el de la tradición hipocrática, pero que en Roma era el compromiso de fidelidad y apego a las virtudes ciudadanas y al emperador que hacían los soldados al ser incorporados a sus legiones– marcaba la disposición de los futuros médicos para inundar “sus corazones y mentes con sentimientos humanos”.⁴⁵

Como bien ha señalado Jonsen, quizá el rasgo más importante del pensamiento ético de Scribonius sea aserción de que la medicina es la ciencia del curar, no del dañar y, con ella, el rescate del beneficio del enfermo como fin último del arte médico.⁴⁶ Sin embargo, debe señalarse que la recuperación del juramento hipocrático que él propone, a pesar de constituir un hito en el pensamiento ético médico romano, no tuvo mayor repercusión en la Edad Media y no fue sino hasta muy recientemente cuando se ha vuelto a hacer hincapié en ello. Lo que es un hecho es que en la Roma de Augusto y Tiberio es evidente el interés por un acercamiento a las propuestas deontológicas y éticas de la medicina griega, tanto la hipocrática como la de las escuelas posteriores.

EL PENSAMIENTO ÉTICO DE GALENO Y EL DECORO DEL MÉDICO ROMANO

Generalmente se identifica a Galeno como el constructor de una teoría médica, científica en cuanto llenaba al máximo las expectativas propias de su época, la cual se constituyó en dogma en lo tocante a la validez prácticamente absoluta de un conocimiento que no fue ni promovido ni criticado suficientemente por sus seguidores inmediatos, para ser adoptado por las grandes religiones monoteístas que imperaron en el Medioevo europeo y del Cercano Oriente. Poco se acostumbra hablar, en cambio, de sus ideas y aportaciones a la ética médica las cuales, como veremos, no carecen de importancia.

Una primera observación nos lleva a considerar la ausencia de menciones y comentarios al *Juramento hipocrático*, con lo cual destaca la poca relevancia que los médicos helenísticos y romanos dieron a este documento. No obstante, en la tradición documental en árabe hay un *Comentario* atribuido a él, en el cual no dedica mayor atención a los aspectos deontológicos del texto, sino que centra su interés en cuestiones del comportamiento y la apariencia del médico, es decir, en la etiqueta, término que denota el significado de la palabra latina *decorum*.⁴⁷ En este sentido la preocupación de Galeno lo lleva a definir las características que debe reunir el médico, en un deber ser que no conduce meramente al comportamiento, sino que se dirige a la construcción del sí mismo, a lo que los griegos llamaban *areté* y los romanos *virtu*. Reformulando la pregunta, Galeno definía los atributos que caracterizaban al buen médico y los dividía en términos del conocimiento que deberían adquirir y mantener actualizado, de su trato con los enfermos y del cuidado de su apariencia y su modo de actuar.⁴⁸

En su pequeño tratado *Que el mejor médico es también filósofo*, Galeno sostenía que un médico digno de ser émulo de Hipócrates requería adentrarse en el saber de la física, es decir, del conocimiento de la naturaleza y en particular de la del cuerpo humano; de la lógica, a fin de poder razonar adecuadamente y valorar el conocimiento y los datos procedentes de sus experiencias; en fin, de la ética, para llegar a ser moderado, prudente y justo.⁴⁹

Para comenzar, antepone el valor de la virtud-*areté* al de la riqueza y señala que el desprecio de la riqueza, lo cual no impide que el médico dedique la atención y el esfuerzo correspondiente a recibir adecuados honorarios y estipendios, lo impulsa a atribuirle

un lugar secundario entre los fines de su práctica profesional. Así pues, para ser buen médico lo primero es saber medicina, y saberla significaba penetrar en los más íntimos aspectos de la filosofía natural y de sus manifestaciones como se dan en los casos individuales. Esto constituye un primer requerimiento ético: no es médico quien no sabe medicina. Pero tampoco lo son, sino que se quedarán en “preparadores de medicamentos”,⁵⁰ quienes se contentan con un mínimo de conocimiento que les permita lucrar. El médico debe trabajar arduamente, por lo que no podrá serlo quien se emborracha o se entrega a los placeres del sexo y la comida.

Compañero de la moderación y amigo de la verdad, el médico es el verdadero poseedor de la *sophrosyne*.⁵¹ El médico deberá evitar ser esclavo de nada y de nadie, comenzando por sus pasiones, para encarnar de tal manera un ideal de vida que se desprende de la filosofía estoica, la cual se había interiorizado en la medicina brindándole el modelo de un ideal de vida en el que el dominio de sí mismo, el desapego y la filantropía le permitieran dedicar todos sus esfuerzos a la curación de sus pacientes e integrar en ella la consideración de su forma de vida, de sus preferencias e inquietudes psíquicas e intelectuales. El fin de la medicina, como la habían practicado Empédocles, Hipócrates, Diocles y muchos otros médicos célebres, es y debe ser la cura de los enfermos, derivada del amor a la humanidad, de la filantropía.⁵²

A toda esta construcción de un ideal para la práctica médica, Galeno agrega una crítica implacable a la decadencia de las virtudes que se imponía en su época, cuando en un mundo globalizante por medio de la extensión de los límites del Imperio romano hasta los confines conocidos de la Tierra, reinaban la avaricia y el afán de lucro, e incluso la vieja cultura griega del cultivo de la fama y la gloria cedía el paso a la adulación y el servilismo. La imagen de los médicos que formaban séquito de los pacientes ricos y los seguían y acompañaban en sus andares por la ciudad como si fueran sus siervos, era para él evidencia de esta disolución de las costumbres y de la decadencia inherente de la práctica médica. El afán de lucro no lo era menos. El médico justo, prudente, capaz de hacer demostraciones y experto en el conocimiento de la naturaleza configura el ideal hipocrático, predicado y tratado de ser llevado a la práctica por Galeno, que regirá el imaginario de los médicos verdaderos en los siglos por venir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laín Entralgo, Pedro, "La medicina hipocrática", *Revista de Occidente*, pág. 380, Madrid, 1970.
2. Boas, Franz, "The religion of the Kwakiutl", *Columbia University Contributions to Anthropology*, Nueva York, **X (II)**: págs. 1-41, 1930; Levi Strauss, Claude, *Anthropologie Structurale*, Plon, París, págs. 192-196, 1974. Viesca, Carlos, "El profesionalismo y la ética de un sanador", *Médico Moderno*, **XXVII (2)**: págs. 119-130, 1988.
3. Pérez Tamayo, Ruy, *Ética médica laica*, El Colegio Nacional y Fondo de Cultura Económica, México, pág. 133 y ss, 2002.
4. León Portilla, Miguel, *La filosofía náhuatl*, UNAM, México, 1960.
5. Sahagún, Bernardino de, *Historia General de las Cosas de la Nueva España*, Porrúa, México, **4 (III)**:116-117, 1959.
6. Sahagún, *Ibid.*
7. *Código de Hammurabi*, Editora Nacional, Madrid, págs. 115-116, 1982.
8. Scheil, V., "La loi d'Hammurabi" (*versión 2000 a. C.*), París, párrafo 218, 1906.
9. Majno, Guido, *The healing hand. Man and Wound in the Ancient World*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, págs. 43-46, 1975.
10. Jacq, Christian, *Il Mondo magico dell'Antico Egitto*, Mondadori, Milán, págs. 119-127, 1997.
11. Nunn, John F., *La medicina del Antiguo Egipto*, Fondo de Cultura Económica, México, pág. 148, 2002.
12. Diódoro, Sículo, "Roman History", Harvard University Press, Heinemann, Londres, **11 (I)**:82, 1969.
13. Papiro de Ebers, 783, la edición princeps es la del propio Ebers, 2 vols., Leipzig, Englemann, 1875. Papiro de Kahun, 22, en Stevens, J. M., "Gynecology from Ancient Egypt: The Papyrus Kahun", *Medical Journal of Australia*, 2:949, 1975. Papiro del Ramesseum IV, C 2-3, citado por Nunn, *op. cit.*, pág. 47.
14. —, 798, 806, citado en Hassan, Kemal, *Dictionary of Pharaonic Medicine*, The National Publication House, El Cairo, pág. 11, 1968.
15. Unschuld, Paul, "Prerepublican China", en *History of Medical Ethics*, W. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, 5 vols., Simon/Schuster/MacMillan, págs. 1477-1483, 1995.
16. Unschuld, Paul, *Medicine in China. A History of Ideas*, University of California Press, Berkeley, 1985.
17. Jonsen, Albert, *A short history of Medical Ethics*, Oxford University Press Nueva York/Londres, pág. 35, 2000.
18. Unschuld, Paul, "Medical Ethics in Imperial China: A study in Historical Anthropology", University of California, Press, Berkeley, 1979.
19. Sun Ssumiao, citado en Jonsen, "A short history...", pág. 37.
20. Unschuld, *Medical Ethics*, pág. 35.
21. Zhou, Yimou, "Chinese Physicians on medical morality", *Human Press of Science and Technology*, Changsha, 1983.
22. Lee, Tao, "Medical Ethics in Ancient China", *Bulletin of the History of Medicine*, **13**:210-235, 1943.
23. Sharma, R. y Dash, B., "Caraka Samhita", Chowkhamba Sanscrit Series Office, Varanasi, **I**:171, 587 y 617, 1976.
24. Caraka Oath, en W. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, 5 vols., Simon & Schuster, MacMillan, Nueva York/Londres, **5 (V)**:2632, 1995.
25. Menon, A. y Habermann, H. F., "A medical students oath of Ancient India", *Medical History*, **14**:295, 1970.
26. Desai, Prakash, "Medical Ethics in India", *Journal of Medicine and Philosophy*, **13 (3)**: págs. 231-255, 1988. Prakash, Desai, "India, a History of Medical Ethics", en W. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, **3**:1471.
27. Desai, Prakash, "India, a History of Medical Ethics", pág. 1473.
28. Bilimoria, Purushottama, "The Jaina Ethic of Voluntary Death", *Bioethics*, **6 (4)**:331-335, 1992. Desai, "India, a History of Medical Ethics", pág. 1475. Tilak, S. K., "Religion and Aging in the Indian tradition", State University of New York Press, Albany, 1989.
29. Littré, Émile, "Argumento del Juramento", en Littré, E., *Oeuvres Complètes d'Hippocrate*, Bailliére, París, **10**:1839-1861, IV:624. Edelstein, Ludwig, "Interpretation des hippokratischen Eides", traducción inglesa en Temkinand, O. y Temkin, L., "Ancient Medicine. Selected papers of Ludwig Edelstein", The Johns Hopkins Press, Baltimore, págs. 3-64, 1967. Deichgraber, K., "Der hippokratische Eide", Berlín, 1955. Joly, Robert, "Médecine grecque", París, pág. 205, 1964. Bourgey, Lous, "Observation et expérience chez les médecins de la Collection Hiopocratique", Vrín, Leyden, 1953.
30. Ducatillon, Jeanne, "Le serment d'Hippocrate. Problèmes et interpretations", *Bulletin de la Association Guillaume Budé*, 1 de marzo de 2001. Debo el texto en su traducción al castellano a la gentileza del doctor Héctor Pérez Rincón.
31. Jouanna, Jacques, "La naissance de l'artmédical occidental", en Mirko Grmeck (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident. I. Antiquité et Moyen Age*, Seuil, París, págs. 25-66, 1995.
32. Hippocrate, "Épidémies", I, 5, en Hippocrate, *De l'artmédical, Le livre de Poche*, París, pág. 367, 1994.
33. Hippocrate, "La loi", en Hippocrate, *De l'artmédical, Le livre de Poche*, París, pág. 87, 1994.
34. Hipócrates, "Fracturas", en Hippocrate, *De l'artmédical, Le livre de Poche*, París, **36 (1)**:200-236, 1994. Michler, Markwart, "Medical ethics in Hippocratic bone surgery", *Bulletin of History of Medicine*, **41 (2)**:297-311, 1968. Jouanna, "La naissance de l'artmédical", pág. 60.



Capítulo 2

La tradición de la ética en el ejercicio de la medicina medieval

CARLOS VIESCA TREVIÑO
JOSÉ MANUEL SANFILIPPO BORRÁS

Un largo periodo de mil años que se conoce en la historia de Occidente como *Edad Media* es una época que tiene un sinnúmero de facetas y de miradas, y muchas son las interpretaciones que se han dado a los sucesos acaecidos en ese milenio. Un periodo lleno de imágenes y pensamientos místicos y filosóficos, así como nuevas formas organizativas de vida, de producción y de enseñanza.

El concepto de Edad Media no procede de esa misma época, sino que fue creado con un claro sentido despectivo por algunos autores italianos del *cinquecento* para justificar a este periodo como de Renacimiento. El concepto se refería a un “largo periodo de barbarie” comprendido entre la época clásica y el renacer de lo clásico que se produce en el siglo xv. Los italianos de este siglo y el siguiente consideraron que el arte, la ciencia y la cultura habían llegado a su máximo esplendor en la época clásica de los griegos y de los romanos; posteriormente sólo hubo atraso y oscuridad durante mil años; así a ellos –a las mentes pensantes del Renacimiento– les correspondía volver a ese glorioso pasado, tras el “lastimoso paréntesis medieval”.¹

El término *Renacimiento* deriva del italiano *rinascita*, vocablo utilizado por primera vez por Petrarca, revaluado y popularizado por el arquitecto Giorgio Vasari en su obra *Vida de los ilustres artistas*, en

el que acuña realmente este concepto para denominar a su época. El vocablo se empieza a emplear de forma corriente en el siglo xvi para referirse al movimiento que tiene por objeto resucitar en el arte y la cultura los valores espirituales de la antigüedad clásica. Con ello empieza a surgir un cambio de paradigma, cuando cobra fuerza el redescubrimiento del hombre como individuo.

La Edad Media comprende un lapso de 10 siglos, que los historiadores han ubicado desde el año 476 con la caída del Imperio romano de Occidente hasta la toma de Constantinopla en 1453, o bien, a partir de 1492 con el descubrimiento de América. Desde un punto de vista “sanitarista”, algunos investigadores consideran que piensan que las fechas están dadas por grandes epidemias: en 543 se presenta la llamada *peste de Justiniano* debido a la cual mueren unos 15 millones de seres humanos y se le ha identificado como una peste bubónica;² asimismo, el inicio del final de este periodo se gesta con la famosa epidemia de peste negra que devastó Europa entre 1347 y 1351. En ese periodo se produjo un cambio de mentalidad entre la gente del pueblo, puesto que sus creencias dejaron de estar vigentes.³

Es conveniente mencionar que este inicio se da cuando el cristianismo dejó de ser una religión de minorías para volverse de masas e insertarse como parte del aparato ideológico e institucional del Imperio romano,⁴ con el Edicto de Milán, de Constantino, en el

año 313, y llegó al grado de radicalizarse obligando a que muchas actividades –como las médicas– se modificaran o se escondieran, ya que según Tertuliano, los cristianos no debían aceptar nada de los paganos.⁵

Las fuentes primordiales del pensamiento medieval son tres: el cristianismo, el platonismo y el aristotelismo, aunque estrictamente lo que se hace es darle un sustento filosófico al cristianismo. Dos de los representantes más destacados de la tradición neoplatónica cristiana son san Agustín y Dionisio Areopagita, que encuentran puntos de coincidencia de la obra de Platón con algunos de los textos del *Antiguo Testamento*. Por otro lado, la obra aristotélica tuvo mayor dificultad para interrelacionarse con el cristianismo, lo que se logró después del año mil, alrededor del siglo XII, cuando dos filósofos traducen al árabe los textos básicamente de la metafísica y la filosofía natural: Avicena (Ibn Siná) y Averroes (Ibn Rushd).⁶

Así, la cultura en este milenio se desarrolló en dos vertientes: una hacia el territorio europeo occidental y el otro hacia el lado oriental (el actual Oriente Medio), principalmente en Arabia.

En el campo de la medicina también hay gran cantidad de cambios en su práctica cotidiana en relación con lo que se había hecho durante los siglos del periodo clásico grecorromano.

CRISTIANISMO Y ÉTICA MÉDICA

La difusión del cristianismo significó dos cambios fundamentales para la asistencia médica: una consideración distinta del enfermo y una nueva norma en las relaciones humanas basada en la caridad. Lejos de ser valorado negativamente como un pecador, el enfermo pasó a ser un elegido por la divinidad, para que aceptando los sufrimientos de la vida terrenal aumentaran sus méritos sobrenaturales.⁷

Aquel cristianismo incipiente no mostró ningún apoyo a la terapéutica y en ocasiones se pronunció en contra de los médicos. Esto se sustentaba en la premisa de que cuando las enfermedades enviadas por Dios afligiesen al cristiano, éste debería renunciar a la asistencia médica y cambiar este “valle de lágrimas por el cielo”, ya que las curas milagrosas de Jesús y sus apóstoles mediante la imposición de manos, oraciones y ungimientos demostraban la inoperancia de la medicina “oficial”.

Algunos se apoyaban en pasajes del *Antiguo Testamento* para reforzar su negativa de ser atendido por los médicos y emplear los medicamentos obtenidos de la naturaleza; así hacia el año 180 a. C. un médico

judío, llamado Jesús hijo de Sirach, escribe un texto llamado *Apología del médico* en el cual plantea algunos puntos para la defensa de éstos; por ejemplo, en el capítulo décimo: dice “La larga enfermedad deja perplejo al médico, y el que hoy es rey fenecerá mañana”, apoyando el hecho de que ante la imposibilidad de la muerte el médico no puede contra ella, sin importar la condición social de la persona. Más adelante, en el capítulo XXXVIII defiende la necesidad del empleo de sustancias que se encuentran en la naturaleza para crear los medicamentos, y así lo menciona: “[Dios] da al médico, por sus servicios, los honores que merece, que también a él lo creó el Señor. Pues del Altísimo viene la curación, como una dádiva que del rey se recibe.

La ciencia del médico realza su cabeza, y ante los grandes se le admira. El Señor puso en la tierra medicinas, el varón prudente no las desdeña”, y termina el capítulo diciendo: “Recorre luego al médico, pues el Señor lo creó también a él, que no se aparte de tu lado, pues de él has menester. El que peca delante de su Hacedor ¡caiga en manos del médico!”⁸ Este rechazo a la medicina “oficial” fue apoyado por las incipientes autoridades eclesiásticas, que recomendaban los rezos en los cuales se le pedía a Dios, a través de los santos, la curación. Así surge un elemento importantísimo derivado de una profunda religiosidad: el milagro, que es “el hijo preferido de la fe”; esta es el principal elemento curativo dentro de la doctrina cristiana, que continúa con los santos, que son auxiliares en las diversas tareas divinas.⁹

La cristiandad primitiva superó a duras penas el recelo que le inspiraban la filosofía antigua, las ciencias naturales y la terapéutica científica, cuyos fundamentos parecían estar ligados inseparablemente con la naturaleza pagana, y así se relegaron. Al principio la Iglesia rechazó todos los medicamentos “mundanos” y para el cuidado del enfermo toleró solamente los remedios “eclesiásticos”, es decir, la oración, invocación e imposición de manos. Más tarde se anunció una mutación en diversos escritos de los Padres de la Iglesia, que abordaron con sentido crítico diversos problemas médicos.¹⁰

Un cambio fundamental en la atención de los “médicos cristianos” fue la promoción del amor fraterno activo, que consideraba un deber moral ayudar a los enfermos y menesterosos extraños, así como atender a los moribundos, acompañándolos en sus últimos momentos, contrario a lo que la doctrina hipocrática decía. Todas estas prácticas cristianas se sustentaban en el Evangelio de Mateo que en el capítulo 25, en el apartado de “El juicio de las naciones”, dice: “Cuan-

tas veces hicisteis eso a uno de mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis. Estaba yo enfermo y vosotros me visitasteis.” Además esta incipiente práctica médica sustentada en la caridad fomentaba la investigación médica *a priori*.¹¹

Esto se lleva a su aplicación más evidente cuando el obispo de Cesárea, Basilio, en el año 370 crea el primer hospital o nosokomien, en el cual se presta servicio a los extranjeros y viajeros, se les brinda hospedaje y alimentación así como atención médica, y hay un área (hasta cierto punto inaudita para la época) para atender a los leprosos.

El cristianismo se oficializó en el Imperio romano en el año 313, cuando Constantino adoptó esa religión y prohibió la persecución y el ajusticiamiento de los seguidores de esa religión, mediante la promulgación del Edicto de Milán.¹²

En el año 395 el emperador Teodosio el Grande dividió el Imperio romano entre sus dos hijos: Arcadio y Honorio, que rigieron en Oriente y Occidente, respectivamente; el primero adoptó las costumbres griegas y el segundo las latinas.¹³

El estamento médico y la enseñanza médica en Bizancio básicamente se mantuvieron inalterables. Cuando en 533 el emperador Justiniano proclamó *Institutas* o *Instituciones*, obra en la que se rigen los aspectos jurídicos de herencias y juicios legales, apenas se hace mención a aspectos médicos en algunos temas, por ejemplo en el libro segundo, título I, “De la división de las cosas”, cuando trata de dirimir a quién pertenecen las cosas cuando uno ha elaborado algo con la materia prima de otro se establece:

Quando con la materia de otro ha hecho alguna cosa nueva, se puede preguntar: ¿quién debe por razón natural ser el propietario de ella, el que la ha hecho, o el que fuese dueño de la materia? Por ejemplo [...] con medicamentos ajenos haya preparado un emplasto o colirio; [...] tomando un justo medio juzgan que si la cosa es capaz por su naturaleza de poder convertir a su estado de materia bruta, debe ser propietario de ellas a quien pertenezca la materia, y si no puede reducirse, debe considerarse como propietario de ella el que la ha hecho.¹⁴

Por otro lado, en el libro cuarto, título III, “De la ley Aquilia”, se habla explícitamente de la responsabilidad del médico:

6. Si un médico, después de haber operado a tu esclavo, abandona el cuidado de su curación, y el esclavo muere, hay culpa.

7. La impericia se cuenta también como culpa; por ejemplo, si un médico ha muerto a tu esclavo por haber-

lo operado mal, o por haberle administrado inoportunamente un medicamento.¹⁵

En ninguno de los casos mencionan las *Instituciones* cuál es la pena que se le aplica al médico por sus transgresiones o delitos.

En Bizancio no se reglamentó la titulación ni la enseñanza médica, por lo que la medicina no llegó a ser una profesión en sentido estricto. Hubo algunas instituciones docentes a partir del siglo IV, cuando Constantino fundó el Pórtico Real (*Stoa Basilikè*), en las que se enseñaron principios de la medicina, pero nunca equiparables con una universidad de la Europa Occidental, debido a la carencia de conceptos teológicos, filosóficos y jurídicos bien sustentados.¹⁶

EUROPA OCCIDENTAL

A raíz de la caída del Imperio romano y la invasión de los pueblos germánicos muchos de los saberes clásicos se refugiaron en los nacientes monasterios, donde se conservaron los textos que compendaban el saber de los periodos clásicos, y por eso la medicina se ejerció principalmente en ellos.

El primero en fundarse fue el de los Benedictinos en el año 529, el Monasterio de Monte Cassino, cercano a Salerno, destruido en 1944, cuyo fundador Benito de Nursia creó una comunidad religiosa que ejerció y colaboró en el desarrollo médico. En el monasterio había un espacio dedicado a los médicos, una casa para realizar las sangrías y un huerto con plantas medicinales; asimismo, su biblioteca contenía ejemplares de Galeno, Oribasio y Alejandro de Tralles.¹⁷

La orden benedictina, inspirada en las *Regulae* de Benito de Nursia, implanta ciertas reglas que exigen una norma de conducta a los monjes, según la cual el retiro de la vida mundana no basta, sino que hay que aspirar a la moralidad y preocuparse en cuerpo y alma de los sanos y enfermos. En el capítulo 36, basado en el ya mencionado capítulo 25 del Evangelio de Mateo, se señala que “sobre todo y ante todo hay que preocuparse de los enfermos. Hay que servirles como al propio Cristo, pues realmente se le sirve a Él a través de ellos”. Al médico se le llama *infirmarius* y al enfermo, *servitor*. Estas reglas también establecen las actividades diarias de la comunidad para que sea equilibrada: trabajar, descansar, comer, ayunar, hablar, guardar silencio y dormir, sin dejar de hacer oración a la hora indicada.¹⁸

Durante el siglo IX comienza en Europa un movimiento encaminado a promover el resurgimiento de

la enseñanza de la medicina hipocrática, con el fin de reiniciar la tradición helénica del “arte de curar”. En algunos monasterios se empezó la enseñanza de esos saberes por diversos grupos de médicos no religiosos y así surgieron las primeras universidades medievales laicas.

La primera escuela de medicina creada en Europa durante esa época fue en la villa mediterránea de Salerno,¹⁹ en la cual había una tradición médica que provenía de los tiempos clásicos pasando por el Imperio romano.

Hacia el año 850 se inicia una pequeña comunidad de médicos que tenían como objetivo principal transmitir los conocimientos médicos de Hipócrates; a este grupo se le conoció como *Civitas hippocratica*.²⁰ Poco a poco lograron reunir los textos completos del médico de Cos, los escritos galénicos, los estudios anatómicos de los alejandrinos Oribasio y Erasístrato y las obras aristotélicas de ciencias naturales; asimismo, practicaban el arte de curar y su fama traspasó las fronteras italianas.

Al paso de los años también fueron traduciendo al latín los textos médicos árabes que comentaban los textos hipocrático-galénicos, como los de Abulcasis y Avicena. Hacia el siglo X la comunidad médica salernitana se atribuye el título de *Collegium Hippocraticum*, el cual tiene una actividad más pragmática.²¹ A partir de ese siglo hasta el XIII se alcanza el máximo esplendor, conocido como el *periodo de oro*.²²

La *escuela salernitana*, de tipo laica y con una participación mixta de hombres y de mujeres fue más conocida por sus habilidades clínicas y quirúrgicas que por la enseñanza académica de la medicina, aunque existía una instrucción formal.²³ Se llevaban a cabo estudios anatómicos y disecciones humanas, que durante muchos siglos estuvieron prohibidas. Además, se escribieron numerosos textos, sobre todo las famosas *Articellas*, que eran extractos de los escritos de los autores clásicos, destinados a la enseñanza de la medicina y como prontuarios en la práctica cotidiana.²⁴

Entre los siglos IX y X se escribieron unos textos breves, como cartas, que contienen formularios de deontología médica, y testimonian la vitalidad clandestina de la enseñanza hipocrática.²⁵ Se trata de ocho textos dirigidos a jóvenes que se están iniciando en la profesión. Se alecciona a un médico para que antes de hacer el *juramento* debe adoptar ciertas reglas y comportamientos, sobre todo en lo relacionado con su aseo y apariencia personal:

Libre de nacimiento, no muy joven, de talla regular, robusto y la moral igual al físico, de mente juiciosa y razonable, bonachón, viril, casto, particularmente escru-

puloso de la salud del alma, decidido mas no colérico, de mente ágil, además, limpio, de buena memoria y no perezo. Sobre todo debe [saber] gramática, astronomía, aritmética, geometría y música. Estar alejado de la verborrea para no llegar a ser retórico. La Filosofía le será enseñada junto con la Medicina. Usar el cabello corto y la barba rasa de manera modesta y uniforme, no tener la cabeza rapada ni la barba crecida, que de joven sea muy esmerado en el vestir, de viejo un poco menos. Las uñas de las manos que no sean más cortas ni más largas de la punta de los dedos; que se vista de blanco o de un color cercano al blanco, usar magníficos trajes, no ceñidos; andar con paso mesurado, no apresurado ni débil: de hecho el aspecto grave hace suponer gran pericia.²⁶

En el texto se destaca la necesidad de que el médico lea y estudie, visite a sus pacientes, los analice pero –y aquí está lo novedoso– que les cobre mientras estén enfermos, porque si no después ya no pagan. Y se enfatiza: “...haz dinero, está bien, y estarán bajo la gracia de Dios y de la musa de la medicina”.²⁷

También señala que el comportamiento del médico al atender a las mujeres debe ser digno y respetuoso, principalmente en la forma de mirarlas. “Si quien está adelante de ti es una mujer, ocúpate de la cara y el pulso, no a lo alto de la cabeza o a la punta de los pies, sólo a tu mano con la que estás saludando, y así dirás de cuál enfermedad se trata.” Con esto da margen a describir la técnica para tomar el pulso.²⁸

En otro de los escritos se dan todas las indicaciones, paso a paso, para llevar a cabo el interrogatorio de un paciente, tomando en cuenta cada uno de sus signos clínicos hasta llegar al diagnóstico de la enfermedad a fin de plantear un tratamiento.²⁹

Pero a pesar de estas recomendaciones, en otros lugares de Europa, como Francia y España, los godos emitieron medidas reglamentarias para el ejercicio de la medicina. Se estableció que antes de iniciar un tratamiento el médico debía determinar sus honorarios y una fianza de común acuerdo con el enfermo o algún familiar. Si el paciente moría, la deuda, quedaba cancelada automáticamente pero no la fianza. Cuando un gentilhomme o liberto resultaba perjudicado por una sangría mal practicada, el médico debía pagar una indemnización. Si la persona operada fallecía, el médico quedaba a merced de sus familiares, quienes le aplicaban arbitrariamente una sanción (*vendetta*).

Las mujeres debían ser examinadas y tratadas en presencia de sus parientes. El médico por ningún motivo podía hacer “bromas inmorales”, ya que se le aplicaba una fuerte multa. No se podía encarcelar a ningún médico sin antes escuchar sus razones, a menos que se le acusara de asesinato.³⁰

Por otro lado, la Iglesia aumentaba su poder e injerencia en cada uno de los terrenos del saber y de las actividades de la sociedad. Una de estas injerencias consistió en la prohibición de lesionar o profanar el cuerpo humano, ya que era la morada donde residía el alma y, por ende, estaba consagrado a Dios. Esto trajo como consecuencia que todas las actividades quirúrgicas quedaran oficialmente suprimidas y, por supuesto, la disección de cadáveres.

Más tarde, a raíz de las Cruzadas, debido a lo cruentas que se estaban volviendo las batallas, en el Concilio de Tours de 1163 la Iglesia promulgó una bula en la que trataba de impedir el derramamiento de sangre, llamada *Eclesia Abborret a Sanguine*³¹ y condenaba con la excomunión a quien lo hiciera. Con ello la cirugía "académica" recibió el tiro de gracia. Pero en las heridas de guerra y en las sangrías (tratamiento indispensable para equilibrar el humor sanguíneo dentro del concepto de la medicina hipocrático-galénico) era necesario que alguien lo hiciera; así, estos menesteres recayeron primero en los esclavos y en los ayudantes de los baños públicos, y posteriormente las prácticas quirúrgicas se delegaron a los barberos, por su habilidad en el manejo de las navajas de afeitar. La razón para que eso sucediera fue que estos hombres eran simples artesanos, iletrados y laicos, y que si se les condenaba con la excomunión, su alma era tan insignificante que si se perdía no tenía mucha importancia.

Hacia 1268 en París, los cirujanos de toga larga se agruparon para formar la Cofradía de San Cosme con el fin de dar reconocimiento oficial a los *profesionales* de la cirugía y eliminar las prácticas *barberiles*, como en la actualidad lo hacen los colegios de profesiones o los consejos de certificación. Adoptaron como patronos a los santos médicos Cosme y Damián y como enseñanza especial tres redomas de ungüento. Con esto la brecha entre unos y otros cada vez se hizo más profunda y terminó en un abismo cuando Felipe el Hermoso decretó en 1311 que "nadie podrá ejercer la cirugía sin ser examinado por los maestros cirujanos-jurados de San Cosme".³²

Poco antes de estos acontecimientos, se plantea la necesidad de regular la práctica de la medicina mediante la expedición de una licencia de reconocimiento del conocimiento médico y en contra de la charlatanería y la curandería.

La primera reglamentación en este sentido se promulgó en 1140. El normando Rogelio II, conde de Sicilia, Calabria y Apulia en 1101, asciende al trono en 1130 y 10 años después promulga los llamados *Asistes vaticanos*, una reglamentación que norma la vida en

sus territorios y contiene un capítulo dedicado a la medicina:

Sobre aquellos que ejercitan el arte de curar.

El rey Rogelio decretó: Quien se proponga practicar desde ahora el arte de curar deberá comparecer ante nuestros comisionados y expertos para, tras la consiguiente prueba, someterse a un dictamen. Ahora bien, si en su irreflexión se arroga este derecho de antemano, se le castigará con presidio más la expropiación de todos sus bienes. Mediante esta medida preventiva se evitará que los súbditos de nuestro país corran riesgos innecesarios por la inexperiencia de ciertos médicos.³³

Cien años después el emperador de Nápoles y Sicilia, Federico II de Hohenstaufen, promulgó el *Estatuto médico*, entre 1231 y 1241, para regularizar la sanidad pública. El texto comienza diciendo:

El emperador Federico. Si nos proponemos velar por el bienestar sanitario y general de nuestros fieles súbditos, es porque vislumbramos una utilidad manifiesta.

Con respecto a las graves desventajas e irreparables daños ocasionados por la inexperiencia de ciertos médicos, disponemos que nadie ose ejercer en el futuro esa profesión, so capa del título médico, sin haberlo hecho refrendar mediante un examen público ante los médicos de Salerno.

En resumen las disposiciones más importantes del *Estatuto médico* son:

- Una vez examinados los médicos reciben del emperador o su delegado el beneplácito de ejercer la Medicina. Toda contravención será castigada con expropiación de bienes y un año de cárcel.
- Programa de estudios para médicos: tres cursos preliminares de Lógica, seguidos de cinco cursos de Medicina (interpretación de las obras de Galeno e Hipócrates, estudio de la cirugía).
- Programa de estudios para cirujanos: un curso de Medicina, incluyendo especialmente las prácticas quirúrgicas y la anatomía del cuerpo humano.
- Un año como ayudante con un médico experto para poder abrir el propio consultorio.
- Regulación de visitas y emolumentos: consultas gratuitas a personas menesterosas; dos visitas de día y una nocturna si requiere el enfermo. Honorarios por cada visita de día en el perímetro urbano, ½ tarenus de oro; honorarios por visita en las afueras si el paciente se encarga del transporte, 3 tarenus; y si el médico costea su viaje, 4 tarenus; se prohíbe la transacción global del tratamiento.

- Examen de los maestros universitarios para Medicina y cirugía por un delegado del Emperador y los profesores de la Facultad.
- Disposición de una declaración jurada por parte del apotecario: elaboración de los medicamentos por el apotecario bajo supervisión médica; prohibición a los médicos de administrar apotecas propias; circunscripción de las apotecas a determinadas zonas; inspección del proceso farmacéutico por dos funcionarios jurados.³⁴

Estas disposiciones marcaron los ámbitos de cada una de las primeras especialidades en la atención de la salud: médico, cirujano y apotecario o farmacéutico.

Varios países adaptaron y adoptaron estas disposiciones. Una de ellas, que se propagó posteriormente por América, fue la elaborada por los Reyes Católicos de España, Fernando e Isabel, que el 9 de abril de 1500 publicaron en Sevilla, una *Pragmática* en la cual se delimitaban perfectamente los oficios de barberos y flebotomianos y se establecen los tribunales para autorizarlas, el texto dice:

...Don Fernando y Doña Isabel conceden a Don Rodrigo de Luna y Francisco de Palacios, nuestros barberos mayores alcaldes y examinadores mayores de los barberos y flebotomianos, licencia para que en todas las ciudades y villas y lugares de nuestros Reynos y Señoríos no consintieran que ningún barbero ni otra persona alguna pueda poner tienda para sajar, ni echar sanguijuelas, ni ventosas, ni sacar dientes ni muelas, sin ser examinado primeramente por vos, los dichos barberos mayores personalmente... Pero cualquiera que quiera puede afeitar de navaja o tijera sin ser examinado y sin nuestra licencia, pero mandamos que no pueda usar ni use el arte de la flebotomía, ni sangrar, ni sajar, ni sacar diente ni muela, sin ser examinado, como dicho es, bajo pena de dos mil maravedíes para nuestra cámara y mil para vos los dichos nuestros barberos mayores... dada en la ciudad de Sevilla a IX de abril año de MD años. Yo el Rey, Yo la Reina.³⁵

Una disposición semejante se dictó para los médicos y apotecarios, y así se conformó oficialmente el Real Tribunal del Protomedicato, el cual tenía examinadores para cada una de las especialidades.

ÉTICA MÉDICA EN EL ISLAM MEDIEVAL Y EL MUNDO ÁRABE

A partir del siglo VII Mahoma sentó las bases para una nueva religión. Su texto sagrado es el *Corán*, divi-

dido en 114 capítulos o *suras*, que son las revelaciones que Dios (Alá) hizo a Mahoma, así como los relatos personales del profeta.

El texto contiene disposiciones higiénicas relacionadas con la purificación religiosa, como las abluciones antes de hablar con Dios. Según la concepción musulmana no es la *physis* la que cura, como afirmaba Hipócrates, sino Dios Todopoderoso, quien no envía ninguna enfermedad que no tenga curación. Con base en estos principios Mahoma enseñó a honrar a los médicos y a los medicamentos, pero sin perder la confianza en la providencia divina. “Dios no ha creado ninguna enfermedad sin crear al mismo tiempo el remedio contra ella. Si encuentra el camino adecuado, la enfermedad se curará con el consentimiento divino”, y más adelante el texto dice: “Curando servís a vuestro Dios.”³⁶

El Imperio islámico nació, creció y desapareció en el lapso que abarca casi todo el periodo de la Edad Media de Occidente, a partir del siglo VII. Los territorios conquistados correspondían a cuatro zonas culturales: la helenística, la siria, la persa sasánida y la del norte de la India. El periodo de casi un siglo, hasta mediados del VIII, del califato de Damasco fue una época de conquistas. Hasta el siglo XI, en que se conquista a la India, el Imperio islámico dominó el Mediterráneo, lo que bloqueó hasta entonces el desarrollo de las ciudades europeas. Durante el califato de Bagdad en los casi dos siglos siguientes a la dinastía Omeya se fortaleció el islamismo y floreció la cultura. En el siglo IX apareció en árabe el sistema decimal; la traducción latina por la que el Occidente conoció este avance gigantesco data del siglo XII. El florecimiento cultural prosiguió en España hasta el siglo XI durante el califato de Córdoba.

Los textos griegos llegaron a los árabes por medio de sectas cristianas expulsadas del Imperio bizantino. La escuela más famosa de traductores fue la de los Nestorianos en Gondeshapur, una ciudad persa. En el siglo X estaban traducidas al árabe todas las obras importantes de la medicina griega en Damasco, El Cairo y Bagdad. De ahí en adelante se desarrolló una bibliografía médica propiamente árabe. En los siglos XI y XII se hicieron las primeras traducciones de obras médicas clásicas del árabe al latín en centros llamados *Casa de las ciencias*.

Fundamentalmente a través de los árabes el Occidente medieval conoció los textos griegos y en particular, los médicos. En el siglo IX el médico cristiano Hunain ibn Ishaq, conocido como Johannitius, traduce al árabe los 129 escritos de Galeno y toda la *Summaria Alexandrinorum*, la cual difundió el conocimiento de la doctrina de los cuatro humores, y permitió la crea-

ción de una medicina científica árabe ajena a la teología del Islam.³⁷

La influencia árabe se ejerció en Europa principalmente a través de España, así como también a través del comercio del Mediterráneo, sobre todo de ciudades italianas, y por el contacto entre Occidente y el mundo árabe en las Cruzadas durante los siglos XI al XIII.

El apogeo de los médicos judíos coincidió con el florecimiento de la medicina árabe, sin embargo en el mundo cristiano fueron relegados, al grado de prohibir ser curado por ellos. El Islam permitió la convivencia con los judíos y cristianos, pero no la traducción de sus textos sagrados.³⁸ De tal manera que no se creó en un principio una clase médica científica, por lo que los médicos de esas religiones retuvieron el conocimiento de la terapéutica, pero empezó a ser enseñada a los árabes quienes incorporaron algunos de sus productos como los “granos negros” –tal vez el comino negro–, que según se decía curaban todo menos la muerte.³⁹

No obstante, también el estudio de los textos clásicos de medicina permitió que surgieran los médicos árabes y que crearan sus propios libros científicos en los que incorporaban sus observaciones y experiencias.

Los estudios de medicina no se caracterizaron por su uniformidad. Los estudiantes adquirían los conocimientos teóricos y prácticos como aprendices con un experto, en los hospitales o alguna institución. Al finalizar el curso el estudiante recibía un certificado de sus profesores. Era frecuente la trasmisión de la profesión de padres a hijos y así formaron dinastías de médicos. La estrecha convivencia entre maestros y alumnos y entre los propios médicos crearon una conciencia profesional y un cerrado círculo que sólo se abría para los más aventajados.⁴⁰

El primer médico que sobresalió fue el persa Rhazés, quien estudió filosofía, medicina, astronomía, teología, alquimia y música. Escribió gran cantidad de obras, de las que se conocen muy pocas. En ellas transmite sus experiencias relativas a situaciones planteadas en los libros de las “grandes autoridades” –a las que mencionan por su nombre– y sostiene su postura crítica ante ellas, tomando partido en distintas cuestiones de ética médica.⁴¹ Su fama se difundió sobre todo por su obra enciclopédica de medicina titulada *El-Hawi*.

En el siglo X un médico judío árabe radicado al norte de África, llamado Isaac Judaeus, entre sus muchas obras escribió en especial una titulada *Guía del médi-*

co (Musar ha-rofeim), que contiene 50 aforismos sobre el comportamiento que debe tener éste con los pacientes. Los siguientes son algunos de ellos:

- La misión más importante del médico es la acción preventiva contra el mal.
- No debes buscar honores difamando a otros, las alabanzas deben provenir de tus pacientes.
- Dedicar especial atención a la vista y cura de enfermos pobres y necesitados, porque nunca encontrarás una obra más merecedora a tu dedicación.
- Debes tranquilizar siempre al enfermo, aunque te falte el convencimiento de que así ayudas a la naturaleza.
- Cuanto más pidas por tu asistencia, cuanto más caros sean tus tratamientos, tanto más prestigio tendrás ante los ojos de la gente. Pero tu arte seguirá siendo mediocre para aquellos con quienes te esforzaste en vano.
- Expón tus honorarios al enfermo cuando su mal vaya en aumento y sea más intenso, pues de lo contrario en cuanto se haya curado, olvidará lo que has hecho por él.⁴²

En el siglo XII encontramos la figura más destacada de la medicina árabe, el judío Moshe ben Maimon, mejor conocido como Maimónides. Este personaje fue muy renombrado en su tiempo, tanto como rabino como médico. Escribió gran cantidad de obras, entre ellas su *Guía de perplejos*, pero el texto paradigmático sobre ética médica es la *Oración matinal de un médico judío*.

Algunas partes de dicha obra dicen:

¡Oh Dios, dame siempre una mente lúcida y pura que no se deje distraer de pensamientos extraños, junto al lecho del enfermo!

¡Permite retener todo cuanto me han enseñado la experiencia y la ciencia, sin que ello entorpezca mi callado trabajo!

Pues ¡cuán sublimes e imponentes son los conocimientos científicos que sirven el fin de conservar sanas y vivas a tus criaturas!

No me dejes caer en la ilusoria convicción de que lo puedo todo. Dame fuerzas, voluntad y oportunidad para ampliar mi saber. Porque tal vez puedo incorporar hoy a mi saber cosas que no sospechaba siquiera ayer; pues, aunque el arte es inmenso, la humanidad se esfuerza incansablemente por llegar más lejos.

Hazme ver siempre en el paciente un ser humano y nada más. Dios infinitamente bondadoso. Tú me has

elegido para velar por la vida y la muerte de tus criaturas. Ahora me consagro a mi profesión. Ayúdame en esta gran tarea para que prospere. Porque sin tu apoyo el ser humano no puede conseguir absolutamente nada.⁴³

Con este texto se inicia una actividad encaminada a la atención de los enfermos de manera más amable, no como una imposición, sino al estilo de los cristianos que anteponian el sentido de la caridad; en el mundo islámico es más parecido al de asistencia, que no llegó al mundo occidental hasta el siglo XIX.

Un aspecto que se encuentra en las dos culturas, la

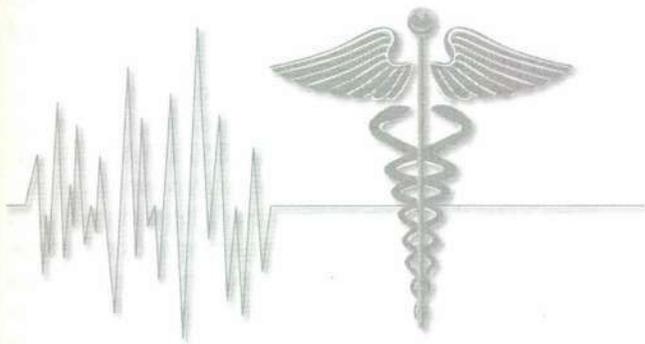
occidental y la oriental, es su postura ante el paciente moribundo, lo cual aceptan como un acontecimiento natural que es designio de Dios. Los médicos valoran hasta dónde se puede llegar para no anticipar este evento. El acto de morir no es un evento médico, sino un evento familiar, el cual debe ser acompañado por los familiares, amigos y, por supuesto, un sacerdote. Es el acto del bien morir.

Muchos de estos aspectos pasaron de la Europa Occidental y el mundo islámico al resto de lo que ahora es Occidente, sobre todo los aspectos de la religión cristiana, que conformaron la moral médica vigente en esta región del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Callejo Cabo, Jesús, *Secretos medievales*, Temas de hoy, Madrid, pág. 17, 2006.
2. Cosmacini, Giorgio, *L'arte lunga. Storia Della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma, It., págs. 99-101, 1997.
3. Herrin, Judith, *Miscelánea medieval*, Grijalbo, Barcelona, págs. 136-138, 2000.
4. Rubial, Antonio, "Instituciones y estructuras medievales", *Introducción a la cultura medieval*, Fac. de Filosofía y Letras, UNAM, México, pág. 14, 2005.
5. Laín Entralgo, Pedro, *Historia de la medicina*, Masson, Barcelona, pág. 141, 2004.
6. Godinas, Laurette, "Modelos de pensamiento medieval", *Introducción a la cultura medieval*, Fac. de Filosofía y Letras, UNAM, México, págs. 19-23, 2005.
7. López Piñero, José María, *Breve historia de la medicina*, Alianza, Madrid, pág. 78, 2001.
8. Pollak, Kurt, *Los discípulos de Hipócrates. Una historia de la medicina*, Plaza y Janés, Barcelona, págs. 154 y 155, 1969.
9. Sanfilippo B., José, "I santi nella medicina", en Evandro Agazzi y Carlos Viesca (dirs.), *Medicina e concezione del mondo*, Ergo edizioni, Génova, pág. 80, 1998.
10. Pollak, *op. cit.* pág. 250.
11. Pollak, *op. cit.* pág. 154.
12. Lillo Redonet, Fernando, "La persecución a los cristianos mártires por la fe", *Historia, National Geographic*, España, 43:79, 2007.
13. López Piñero, *op. cit.*, pág. 79.
14. Justiniano, *Instituciones de Justiniano*, 2a. ed., Buenos Aires, pág. 73, 2005.
15. *Op. cit.*, pág. 242.
16. López Piñero, *op. cit.*, pág. 80.
17. Rogers, Fred, *Compendio de historia de la medicina*, La Prensa Médica Mexicana, México, pág. 24, 1962.
18. Pollak, *op. cit.*, pág. 177.
19. *L'Art de conserver sa santé*, Composé par l'école de Salerne, Salerno, Italia, s. f.
20. Pollak, *op. cit.*, pág. 177.
21. Schipperges, Heinrich, "La medicina en la edad media latina", en Pedro Laín Entralgo (dir.), *Historia universal de la medicina*, Salvat, Barcelona, España, t. 3, pág. 229, 1972.
22. *L'Art de conserver sa santé*, *op. cit.*, pág. 12.
23. Tamayo y Salmorán, Rolando, *La universidad epopeya medieval*, 2a. ed., Huber, México, pág. 44, 1998.
24. Schipperges, *op. cit.*, pág. 229.
25. Sanfilippo B. José y Torres Galán, Josefina, "Diez textos médicos de la Alta Edad Media", *Analecta histórico médica*, 3:31-42, México, 2005.
26. "De quién emprende los estudios de medicina", *op. cit.*, pág. 36.
27. "Instrucciones del médico Teodoro", *op. cit.*, pág. 37.
28. "Carta sobre la enseñanza del arte médico", *op. cit.*, pág. 38.
29. "De que modo debe visitar al enfermo", *op. cit.*, pág. 39.
30. Pollak, *op. cit.*, pág. 163.
31. D'Allaines, Claude, *Historia de la cirugía*, Oikos Tau, Madrid, págs. 27 y 30, 1971.
32. *Idem.*
33. Pollak, *op. cit.*, pág. 177.
34. *Op. cit.*, págs. 177 y 178.

35. Sanfilippo B. José, "La atención dental durante el Virreinato", en Cárdenas de la Peña, Enrique (dir.), *Temas médicos de la Nueva España*, Sociedad Médica Hispano Mexicana, México, pág. 229, 1992.
36. Schott, Heinz, "Crónica", *op. cit.*, pág. 69.
37. *Idem.*
38. Pollak, *op. cit.*, pág. 169.
39. Schott, Heinz, "Crónica", *op. cit.*, pág. 69.
40. Pollak, *op. cit.*, pág. 170.
41. Schott, Heinz, "Crónica", *op. cit.*, pág. 74.
42. Pollak, *op. cit.*, pág. 172.
43. *Idem.*



Capítulo 3

La ética médica a través de la historia

CARLOS VIESCA TREVIÑO
JOSÉ MANUEL SANFILIPPO BORRÁS

EL RENACIMIENTO Y EL HUMANISMO

El Renacimiento se caracterizó, entre otras muchas cosas, por el retorno a la lectura, el análisis y la interpretación de los textos y documentos provenientes de la antigüedad clásica y por un intento de resucitar el conocimiento y el *ethos* de la cultura grecorromana, aunque en medicina y filosofía, y en particular en filosofía de la medicina, los esfuerzos se centraron en la recuperación del pensamiento de Hipócrates y Platón, aun cuando Galeno y Aristóteles no se dejaron a un lado, sino que se estudiaron en los textos griegos más cercanos a los originales. El resultado fue el rechazo de las ideas de los “modernos”, sobrenombre aplicado a los autores árabes y medievales, para dar preeminencia a las enseñanzas de los clásicos.

Entre ellas ocupó un lugar especial el interés por el hombre enfermo considerado como individuo y, por tanto, dotado de particularidades que en aquellos tiempos fueron acotadas en el terreno de la clínica y de las decisiones terapéuticas. Central fue también el problema de la definición del médico mismo y de su actuar en una sociedad que se había modificado al establecerse una situación geopolítica completamente distinta de la imperante en los siglos inmediatos anteriores.

Ya en el siglo XIII santo Tomás de Aquino había elevado la voz contra las tendencias propias de la época, principalmente el mercantilismo—mal que resulta ser perdurable—, al señalar que la medicina se había desvirtuado dejando de ser el arte de curar para convertirse en el arte de hacer dinero.¹ El médico cristiano, el buen médico cristiano, caritativo y benéfico se había convertido en un ideal libresco, las más de las veces alejado de la realidad. Su imagen se podría encontrar más bien entre los monjes que ejercían el arte de curar, con preparación fragmentaria, como lo siguieron siendo los franciscanos que pasaron a tierras americanas en el siglo XVI y continuaron practicando una medicina plena de piedad y amor al prójimo, a la vez que carente de conocimientos médicos que fueran más allá de lo elemental.

Por otra parte, el médico universitario, producto de la transición de una clase urbana rica, la burguesía, surgida del comercio, de contratos de explotación de diversos bienes negociados con los terratenientes, marcaba un retorno a la comercialización de la medicina, que no era diferente de la tendencia observada en las demás profesiones liberales. Pero simultáneamente y desde el interior de la profesión hubo quienes mostraron genuino interés por la formación ética de los médicos y la consideraron uno de los puntales de su profesión.

Profesionalismo, entonces, significaba no sólo saber medicina, sino saber encarnar en sí mismo los va-

lores morales del buen médico cristiano que, en términos generales, correspondían a los del buen médico humanista, entendido el humanismo como el docto conocimiento de los saberes, en este caso médicos, de los antiguos.

La piedad religiosa no fue ajena a esto, y no se debe olvidar que los médicos renacentistas eran personas religiosas en su mayoría, sea cristianos o judíos o, a partir de la segunda década del siglo XVI, afiliados a alguna de las iglesias reformadas. No debe extrañarnos que un cirujano de la talla de Ambrosio Paré pudiera decir sin tapujos “yo los vendo y Dios los cura”, subordinando el buen ejercicio de su saber profesional a la voluntad divina.

Mas al mismo tiempo se fue también desarrollando la necesidad de ejercer un conocimiento de la moral, como lo hacía ya patente desde mediados del siglo XIV otro cirujano de renombre, esta vez un flamenco, Jan Yperman, quien en su tratado de cirugía no dejaba de apuntar que uno de los pilares de la medicina era la ética, “la ciencia que enseña a conocer la buena moral”.²

La gran mayoría de los autores que escribieron sobre medicina durante los siglos XIV a XVI insistieron en la importancia de este rasgo que tanto incidía en la confiabilidad social del médico. En un mundo abierto a la adquisición del conocimiento, la reputación de un buen médico se asentaba en una doble cualidad: la de saber medicina y la de poder responder moralmente a la confianza que depositaban en él los pacientes, quienes ya no esperaban del médico una respuesta definida en términos de caridad, sino que exigían un trato correspondiente a una dinámica social en la que la percepción de honorarios cobraba nuevamente forma y en la cual se hacían manifiestas nuevas relaciones de poder, económico en buena parte de las ocasiones.

No es de extrañar, pues, la insistencia en el demonio del mercantilismo que se pretendía que se había colado a los estratos más íntimos de la práctica médica. Pero tampoco es de extrañar que desde su interior surgieran requerimientos con el propósito de que se establecieran las condiciones para el ejercicio de una moralidad que respondiera a estas nuevas condiciones.

La peste bubónica, cuya primera aparición en Europa fue la pandemia de 1348 y que siguió presentándose bajo la forma de epidemias más o menos extendidas y brotes localizados hasta fines del siglo XVII, tuvo asimismo injerencia en cambios importantes en el ejercicio de la medicina. La vivencia de una muerte que se convirtió en cotidiana y afectaba a muchos

individuos, familias y hasta comunidades enteras modificó sustancialmente la actitud de la gente hacia el vivir y el morir.

Así, se encontraron espacios sociales que abarcaban desde la frívola pero temerosa protección que buscaban desde los aristócratas florentinos a los que Boccaccio hace protagonistas de su *Decamerón*, al retirarse a una finca campestre alejada de la ciudad para huir de la plaga y loar al mismo tiempo los valores de una vida de goce, de exaltación de la carne, hasta las procesiones desenfundadas de los miles de flagelantes que recorrían las ciudades europeas clamando por un cambio de vida hacia la piedad y la oración y pidiendo perdón a Dios por los pecados de otros, que eran el origen de la peste.

En este entorno algunos médicos murieron y otros huyeron, pero todos los sobrevivientes tuvieron la necesidad de definir hasta dónde llegaban sus deberes profesionales, su obligación de permanecer cerca y de ser solidarios con sus enfermos. Tenemos el ejemplo de fray Bernardino de Sahagún, quien narra cómo cuidó a los indios enfermos en la epidemia de *hueyocoliztli*, que fue tal vez de peste bubónica y asoló México en 1545; los alimentó y les administró los sacramentos, e incluso ayudó a enterrar a los muertos hasta que él mismo enfermó y estuvo al borde la muerte. En su caso no había duda: su sentido de la realización del ideal cristiano, del ejercicio de la caridad, no admitía cuestionamientos.

En cambio, un gran cirujano, Guy de Chauliac, a quien le tocó vivir la plaga de 1348, confesaba con franqueza que resistió el temor a la enfermedad y no huyó, pero lleno de miedo puso su mayor cuidado en salir vivo de esa terrible situación, tomando todas las precauciones posibles.³ Se quedó, pero es obvio que antepuso condiciones de seguridad a la obligación de estar al lado de sus pacientes. El dístico de Celso, “*cito, totu et jocundo*”, se modificó en lo que en esa época se llamó la *prescripción hipocrática*: el médico debía de ser *cito, longe et tarde*, es decir, rápido, pero para escapar de la plaga y no para acudir al lado de sus enfermos, huir lejos y regresar lo más tarde posible.⁴

Todas estas confrontaciones con el hecho de que la medicina ya no era la misma que en tiempos de Hipócrates, pero que sería deseable que se aproximara a la manera en que se ejercía entonces, dentro de una visión que era por supuesto idílica, condujeron a una constante preocupación por establecer parámetros para la conducta del médico y fijar los deberes que tanto él como su paciente deberían cumplir. De esta manera, abundan escritos en los que se hace hincapié en los deberes y las obligaciones al lado de otros

muchos que centran la atención en la imagen del perfecto médico, lógicamente visto como el modelo por seguir.

UNA ÉTICA DE LOS DEBERES

A fines del siglo xv Gabriel Zerbi publicó la primera obra moderna consagrada a una ética médica que se comenzaba a construir, dejando a un lado los preceptos del *Juramento* hipocrático que habían sido rescatados fundamentalmente por los médicos humanistas, es decir, aquellos que se dedicaron a explorar los textos procedentes de la antigüedad y trataban de establecer cuál era su versión más original.⁵

Las preocupaciones de Zerbi, aparentemente simples y hasta lineales, reflejaban la necesidad de enfrentarse a un problema nuevo: el de la adecuada práctica de la medicina en una sociedad que ya no era la que existía no digamos siglos, sino unos cuantos años atrás. La respuesta que él —y la mayoría de sus contemporáneos— considera pertinente es la elaboración de una imagen ideal del médico que representara el modelo por configurar en la creación artística del ser individual de cada uno de los profesionales de la medicina. Vivir haciendo de la vida una obra de arte, como rezaba la premisa interna del espíritu renacentista, era algo en lo que el médico tenía ventajas, ya que la medicina seguía siendo considerada expresamente como un arte, un *ars*, y ya no una *techné*. Para ello, el médico debería comenzar por saber medicina, la mejor medicina para él accesible, en su momento la de Galeno y la de Hipócrates, en ese orden, de acuerdo con las nuevas posibilidades que brindaba la recuperación de sus textos. En este sentido, apartarse de la ortodoxia médica sería una falta ética.

Esta obligación moral significaba a la vez un repudio a todo tipo de práctica médica que no pasara por el filtro de la enseñanza universitaria. Por otra parte, la nueva epidemia de *morbo gallico* obligaba a los médicos a pensar que no todo estaba en el saber de los antiguos, sino que la naturaleza ocultaba secretos que se harían evidentes en diferentes momentos y, aún más, los llevó a proponer una posible degeneración de la humanidad, al hacerla susceptible a padecer nuevos y terribles males. Como resultados, se sumó al saber clásico la aportación de las experiencias personales de los médicos renacentistas y se llegó a la conclusión de que si bien el arte médico lo incluía todo en sus premisas generales, debería ser enriquecido cotidianamente a través del conocimiento individual.⁶ Tras la invocación para obtener la protección divina, venía

el cortejo de la erudición y el apego a los cánones de la medicina “verdadera”.

De este modo, en el pensamiento del Renacimiento temprano, personalizado por Zerbi en lo tocante a la ética profesional de los médicos, se distinguen dos exigencias ineludibles: el conocimiento de la medicina y la ortodoxia en su práctica. Pero a ello el mismo autor agrega la necesidad de que el médico se comporte de manera digna de su profesión y mantenga una vida impecable en términos de la moral social vigente.

Es pues natural que dedicara una parte considerable de su libro a exponer qué es lo que se esperaba del “buen” médico. Lo que expresa renueva la importancia de los contenidos de los dos textos hipocráticos, el *Juramento* y la *Ley*, para marcar los alineamientos de la conducta que se debía seguir para con los pacientes y los demás médicos. Cómo comportarse cuando uno llama a otro médico para una segunda opinión y cómo hacerlo cuando es uno quien es llamado son puntos cruciales para el establecimiento de una cortesía profesional, de una etiqueta.

Otro problema que va en aumento es el relativo a los honorarios. Como se ha señalado, los siglos xiii y xiv vieron el establecimiento de una sociedad en la que los valores mercantiles crecieron nuevamente a niveles que sólo habían presenciado los mundos helénico y romano. La aparición de profesionales legítimos de la medicina corrió paralela a la presencia de una clase social rica que pagaba por sus servicios y así la medicina dejó de ser una práctica elementalmente caritativa. La caridad para con los pobres y desvalidos seguía siendo una virtud cristiana, pero la práctica médica orientó sus intereses a la atención de las clases pudientes.

Entonces, un buen porcentaje de la reputación profesional, del ser social del buen médico, quedó íntimamente relacionado con el tipo de clientela que tenía y con su manera de manejar el cobro de honorarios.⁷ Debería ser cauto y preciso en lo que toca a cuánto y cuándo cobrar, y en caso de enfermedades crónicas se podría contemporizar con el cobro, pero no en los males agudos, pues un posible desenlace rápido, fuera fatal o por curación, lo haría más riesgoso. Pero, a fin de cuentas, siempre quedaría impresa la práctica de una virtud: el ser fidedigno.

En el curso del siglo xvi se fueron sumando respuestas a problemas emergentes. La presencia de pacientes que pagaban y exigían llevó a la consideración de deberes. Un buen ejemplo de ello es la obra de Leonardo Botallo, mejor conocido por su descripción del *foramen oval*, acerca de los deberes de los médicos hacia los pacientes. Su texto, que lleva por título *Com-*

mentarioli duo, alter de medici, alter de aegroti munere, se publicó en 1565, o sea medio siglo después que la obra de Zerbi.⁸

Sin embargo, en lo que concierne al médico Botallo no va mucho más allá que sus predecesores: comienza con la exposición de lo que debe saber el médico, en cuya lista incluye algunas ramas de la física como la óptica, sin faltar las matemáticas y la astronomía, pero la anatomía ha tomado un papel mucho más relevante que el que tenía antes. Deber principal es, entonces, saber medicina, pero de ello se pasa, más que a los deberes derivados de la atención médica propiamente dicha, a aquellos correspondientes al cultivo de una buena imagen y se cae en la descripción de lo que debería ser el perfecto médico.

LOS RETRATOS DEL PERFECTO MÉDICO

Ya Zerbi insistía en que el médico prácticamente nace y en que la habilidad manual y la disposición natural para aprender y practicar el arte son dones divinos. Lo mismo señalaba Paracelso y se podría afirmar que era creencia común en los médicos y autores de esa época que el escepticismo religioso prácticamente no existía en estos niveles.⁹ Pero la disposición se debía cultivar para llevarla a la excelencia deseada, y esto marcaba otra ruta: la de configurar una imagen del médico ante la sociedad.

El carácter *quasi* sagrado de la medicina se expresaba al señalar que el primer acercamiento del médico a su paciente debería revestirse de una formalidad sacerdotal; la imagen del médico debería recordar al paciente la de Cristo y sus santos sanadores: sería benigno, misericordioso y caritativo para con ellos, llegando hasta no cobrar a los pacientes pobres, por lo que al fin y al cabo Dios lo remuneraría tal vez mediante la experiencia adquirida.¹⁰

Los lugares son comunes: Zerbi y Botallo, Ioannes Siccus¹¹ en Inglaterra y Alfonso de Miranda¹² en Portugal y Enrique Jorge Enríquez¹³ en España insistían en las mismas cosas y ponían énfasis en que se repitieran las mismas conductas que darían reputación a los médicos. A más de saber y ser benevolente y caritativo, al grado de no negar su presencia al enfermo desahuciado al que debe mostrar piedad, confortar y dar esperanza mientras atenúa su sufrimiento con medicamentos paliativos, sus virtudes definitorias serían la generosidad, la solidaridad humana y el más alto sentimiento de amistad. Además, el médico debía tener un porte sobrio sin llegar a ser severo, debía ser amable pero no excesivamente suave con sus pa-

cientes, vestirse elegantemente pero sin ostentación, ser pulcro y usar perfumes delicados que no hiriesen el olfato de pacientes sensibles, como podría hacerlo la esencia de rosas o el *musc*, cortarse el pelo y peinarse discretamente pero a la moda... templado en el comer y poco aficionado a los convites, parco en el beber y celoso de su honra.

Un hecho que no debe dejarse de observar es que en esta primera resurrección de una ética médica el médico actúa ante sí mismo y ante sus semejantes y si bien es visto en el espejo de la sociedad, lo que se refleja es su dimensión profesional que se enriquece al teñirse de humanismo. El paciente poca voz tiene, a pesar de que ya en buena medida es alguien que paga y que exige, pero es tomado en cuenta sólo como recipiente del saber del médico y de las medicaciones que prescribe. Esa ética es circular, se revierte sobre el mismo sujeto que la está creando al ser su objeto último el médico mismo.

LA FILOSOFÍA NATURAL Y EL COMPROMISO DE UNA NUEVA ÉTICA MÉDICA ILUSTRADA

Tras un salto de casi dos siglos, pues el fin de este estudio no es presentar un relato continuo de la historia de la ética médica, sino destacar algunas de sus etapas más importantes, examinaremos las aportaciones de los médicos de la escuela escocesa durante los últimos años del siglo XVIII.

Tres son los principales autores pertenecientes a esta tradición: John Gregory, Benjamín Rush y Thomas Percival. Ellos y buena parte de sus compañeros egresados de la pujante Facultad de Medicina de Edimburgo pugnaban por la adquisición de un conocimiento médico sistemático y práctico, basado en la clínica, la observación y el experimento, con Bacon como modelo primordial y Boerhaave como referente para la integración de una clínica cercana al enfermo, pero capaz de buscar las analogías que pudieran acunarse en aforismos y constituir un sistema de saber clínico. Paralelamente fueron planteando los requisitos que debería satisfacer quien poseyera un carácter médico ideal.¹⁴

El prototipo anhelado por los médicos escoceses buscaba ante todo dar prioridad a la conducta, forma de vida y hasta manera de vestir del *gentleman* preocupado por la nueva ciencia y capaz de participar sin interés pecuniario en los experimentos que llevaran a la adquisición de nuevos conocimientos, contrapo-

niéndolo al viejo modelo del médico londinense del Royal College, interesado en el dinero y en el mantenimiento de un monopolio control de la clientela rica. Por otra parte, la falta de un “monopolio” del conocimiento médico, que era compartido con charlatanes, boticarios, cuáqueros y otros grupos preconizantes de curaciones semimágicas, semirreligiosas y la disposición de muy diversos sectores de la población para proponer explicación a curas domésticas, mantenían un ambiente de crisis que requería una respuesta por parte de los médicos mismos.¹⁵

Esta fue la práctica de una medicina reflexiva acerca de sus mismos métodos y posibilidades, de las habilidades puestas en juego al ejercer y llevó a los exponentes de la escuela médica de Edimburgo, que ya contaban con una buena reputación como médicos y también como escritores y pensadores morales, a sistematizar lo que su actividad profesional les había permitido registrar y plasmarlo en tratados que se han constituido en el origen de la ética médica moderna.

La influencia más definitiva sobre su pensamiento moral fue la de David Hume, aunque no falta quien sostenga el papel relevante que podría haber desempeñado Adam Smith. No obstante, en un choque de principio con Hume en el terreno del ateísmo de éste, Gregory principalmente, que fue su coetáneo y tuvo relación directa con él, siempre marcó que aun pensando de manera diferente en los terrenos religiosos, pues Gregory jamás concibió la posibilidad de ser ateo, le parecía un hombre congruente y con una sólida moral.

Más allá de esto, el establecimiento de una moral natural que corresponde con el orden de la naturaleza física y que debe tener sus leyes y formas regulares de manifestación conduce directamente a la posibilidad de aplicar el sentido común como fuente de la vida moral y de la práctica de la virtud. Su preocupación no fue la de establecer teorías filosóficas abstractas, sino dejar bien sentada la existencia de un mundo de la moralidad y la posibilidad de “pintar” escenas morales dirigidas al logro de una educación moral de carácter público.¹⁶ El buen médico debería ser un ejemplo del sanador piadoso, supeditando sus intereses a los de su paciente y a los del bien general de la humanidad.

Al hablar de lo que denomina *seudoproblemas de la ética médica* para adscribirlos a la “ética del médico” y a una “etiqueta social”, Pérez Tamayo hace una tajante separación entre una ética médica propiamente dicha y aquello que corresponde al ser del médico como agente moral, lo cual conduciría más a una moral ajustada a la normatividad vigente en la sociedad

y el momento histórico en el que éste vive, que la construcción de una ética reflexiva centrada en la interfaz de ese ser con su ejercicio profesional.¹⁷

Quedaría por discutir si la medicina como tal, en abstracto, puede tener una ética que existiría separadamente de aquellos que la practican y de quienes reciben sus beneficios o son víctimas de sus perjuicios cuando el desenlace no sigue el curso esperado, o si necesariamente debe ir fundida o (con)fundida con la de quien la ejerce, formando un cuerpo indisoluble en el cual las características de la actividad profesional modifican el sustrato común de la moral social subyacente.

Dejando a un lado este problema, que no corresponde a la historia de la ética médica propiamente dicha, tomemos provisionalmente como válida la división propuesta por Pérez Tamayo para exponer y comentar la importancia que tuvieron el registro y el pensamiento acerca del comportamiento del médico, de la etiqueta profesional, para la configuración de una moral médica que resultaría aceptada unánimemente en el marco de la medicina científica-biológico-lesional de los siglos XIX y XX.

LA ETIQUETA PROFESIONAL Y LA IMAGEN DEL MÉDICO

Socialmente la nueva etiqueta comenzó a definirse a partir de una diferencia de clase entre los médicos “escoceses” ilustrados y sus colegas de las ciudades inglesas, mucho más preocupados por la ganancia material. Los primeros pertenecían a familias de pequeños terratenientes que encontraron en la práctica de la medicina un espacio de distinción al ir convirtiéndose ésta en una actividad respetada y respetable.

El primero de los tratados de ética médica escritos en esa época es el de John Gregory (1724-1773), *Lectures on the Duties and Qualification of a Physician*, publicado un año antes de su muerte. El título expresa el espíritu de la obra: el cumplimiento de los deberes permite ser calificado como un buen médico, pero es claro que hay deberes que le son propios. El principio moral de este planteamiento, nuevo para su época, es tomado del pensamiento de David Hume a través de la teorización que hace de la relación entre intelecto y afecto para establecer la forma en que la razón debe gobernar y dirigir a las pasiones.

El concepto de simpatía, “una disposición natural para experimentar en sí mismo los sentimientos de otro y, con base en el placer o dolor que los acompañan, juzgar el estatus moral de una acción que gene-

ran dichos sentimientos”,¹⁸ permite a Gregory crear una ética en la cual el paciente vuelve a ocupar un lugar central en la práctica de la medicina, al sentar las bases de las que derivarán todas las obligaciones del médico y la garantía de la supeditación de cualquier interés personal a los intereses del paciente.¹⁹

Esta simpatía cumplía con algunas premisas específicas: debería ser el vehículo para “recibir por comunicación” las inclinaciones y los sentimientos de otros, independientemente de cuán diferentes fueran de los nuestros; actúa, por tanto, a distancia y lo hace produciendo en el observador –en este caso el médico– una idea que se troca en una impresión, es decir, en una marca que lo mueve afectivamente a actuar para ayudar a eliminar su sufrimiento. En este sentido, como bien han destacado Reid²⁰ y MacCullough,²¹ el carácter *quasi* instintivo de la reacción la hace plenamente humana, ya que responde a una necesidad que cubre a toda la humanidad, y no permite la consideración discriminatoria de extraños morales.

Elemento constitutivo de la naturaleza humana, la simpatía es un principio que explica la tendencia de todo ser humano hacia la belleza y produce “nuestro sentimiento de lo moral en todas las virtudes artificiales”, entre las cuales coloca en un lugar preeminente a la justicia.²² Como sentimiento, la simpatía es también motivo, fuente de acciones y explicación última del actuar, elemento básico de la aplicación de un sentido común propio de la naturaleza humana –y no socialmente imbuido, como lo planteaba por esa misma época Adam Smith–²³ al mundo de la moral.

Así, Gregory pudo especificar una serie de deberes, como el de estar dispuesto a adoptar nuevos remedios, el de tener al tanto al paciente y a sus deudos en lo concerniente a la situación del primero, el del profesor de medicina en cuanto a no limitar su enseñanza a conferencias y al estudio de libros, sino llevar a los alumnos al lado del enfermo, para concluir que el estudio de la medicina como rama especial de la filosofía traería consigo ingentes ventajas al promover los intereses de la humanidad difundiendo los beneficios del arte, sustentar la dignidad de la profesión y colocar el éxito de quienes la ejercen en función de sus méritos.²⁴

Cuando comenzó a redactar sus obras sobre moral médica, Thomas Percival era un médico con poco más de 20 años de práctica en Manchester y dueño de una inmensa reputación que iba más allá de sus quehaceres profesionales para abarcar las dimensiones de un verdadero *gentleman*, en el sentido de disponer de una buena villa en las afueras de la ciudad y ser dueño de una educación y una cultura universales, po-

seedor de gran autoridad moral que lo había conducido a escribir y publicar una serie de *Instrucciones* de un padre a sus hijos, que colegas y amigos leyeron y aplicaron con interés y hasta devoción.²⁵ Preocupado por la utilidad práctica que pudieran tener sus reflexiones en el orden profesional terminó por publicar su *Medical Jurisprudence* en 1794,²⁶ la cual se convirtió, después de sufrir numerosas adiciones y modificaciones en el camino, en la *Ética médica* de 1803.²⁷

Su obra en su conjunto se ha interpretado como un movimiento convulsivo ante una realidad que se desorganizaba a grandes pasos ante los embates de la Revolución francesa, las guerras continentales, la creciente intolerancia religiosa y política, o como una búsqueda de instituciones de carácter público, o mejor dicho colectivo, que preservaran una forma de vida y de práctica profesional que se veían amenazadas.²⁸ Lo que Percival pretendía era proveer a la facultad médica de principios de “urbanidad y rectitud” que, precisos y reconocidos, pudieran regular su conducta oficial.²⁹

Un hecho capital fue la confluencia de los productos de la nueva ciencia médica “experimental” –término que no incluía entonces la existencia de un laboratorio formal, sino de la posibilidad de razonar experimentos tras un mínimo de práctica– concebida en términos baconianos, que con la atención hospitalaria proveían a los médicos de un modelo que se renovaba y ampliaba extraordinariamente sus posibilidades, lo que en Francia se había acelerado debido a la democratización de la clientela de los hospitales públicos y la obligación moral de una respuesta a ello por parte de los gobiernos posrevolucionarios.

Testigo y promotor de una nueva medicina de hospital, Percival no pudo dejar de pensar en los riesgos que implicaba dejarla abierta a cualquier advenedizo eso lo llevó a buscar las normas que la defendieran. Su libro, redactado en forma de aforismos, responde precisamente a ello. En realidad no es un tratado de ética, ni siquiera de moral médica. Es un código que recomienda, si no es que impone, reglas de comportamiento estrictas, precisas. Es un código deontológico normativo.

En un medio hospitalario en el que abundan las interconsultas y los celos, en el cual los estudiantes comienzan a multiplicarse y la vieja enseñanza tutorial tiene que ser modificada, en el que los horarios de atención se van complicando conforme se juzga necesaria la presencia continua del médico, Percival insiste en que éste debe ser virtuoso, mantener vigente una candidez desinteresada que lo aleje de la codicia y el lucro, amigo de los pobres y en la práctica de la

caridad cristiana, ejemplo de la exaltación de la amistad y la benevolencia y de una filantropía racionalmente asumida. “Iguales a los ojos de Dios y del médico virtuoso, a todos los pacientes, ricos y pobres, les son debidos los mismos deberes morales.”³⁰

■ A estos pacientes pobres Percival añade los “lunáticos” y las “mujeres perdidas”, a quienes ubica en el grupo común de todos los enfermos a pesar de que señala que la locura es subversiva en cuanto al carácter moral y destructora de toda “ternura caritativa”; sin embargo, el insano, aun excluido de toda vida social, es paciente y objeto de atención de la mejor calidad, la cual no se debe a él mismo, sino al cumplimiento de deberes que llegan a él a través de que se deben a Dios.³¹ Todo lo anterior debería sumarse con la acción del médico como “ministro de esperanza y confort”,³² y promotor de la veracidad, aunque también agregaba la necesidad de considerar la protección de los pacientes indefensos.

■ En estos términos, Percival niega totalmente las ventajas ofrecidas por la mentira piadosa, cosa que Gisborne, su coetáneo y amigo, predica como ventajosa, aunque deja entreabierta la puerta a la consideración de que la excepción podría ser el caso del paciente al que se estima en riesgo de daño severo ante el conocimiento de su estado real; sin embargo, insiste nuestro autor, tal modo de actuar sólo es concebible cuando se ajusta a “los principios comunes de humanidad” y siempre se tenga claro que excepción significa el casi, prácticamente, nunca para su puesta en práctica.³³

■ El médico ideal previsto por Percival debe a Dios la obligación de buscar un trato equitativo para los pacientes, tomando para una definición en la que lo que cuenta no es una idea abstracta de acceso a una atención basada en máximos accesibles a todos los pacientes, sino el obrar como quisiera que se obrase con él mismo, lo cual le deja un peldaño antes de las ideas benthamianas del bien común y de las teorías posteriores sobre una equidad entendida socialmente. Como segundo componente, el deber moral, lo debe conducir a un correcto ejercicio de su profesión, al emplear la razón para actuar con sinceridad, pureza y probidad, siempre a partir de una disposición benevolente.

Otro punto que debe comentarse es el de la génesis de las obligaciones que se derivan de cualquier actividad humana, aspecto que el mismo Gisborne teorizó en ese último tercio del siglo XVIII.³⁴ Su idea, desprendida claramente del pensamiento de Rousseau, se puede reducir a la existencia de un “contrato implícito” que marca los límites y regula las relacio-

nes laborales. De ello se deriva que los médicos tendrán obligaciones para con los pacientes, de la misma manera que las tienen con respecto a su comportamiento social y para con sus compañeros de profesión y sus discípulos. Es evidente que Gisborne debe a Percival muchos de los conceptos que expone al hablar de los deberes del médico, pero también es cierto que propone fundamentos diferentes para la etiqueta moral que predica. En su pensamiento privan las relaciones sociales y en última instancia el referente para el comportamiento del médico lo da la moral social imperante en su contexto histórico. Pero es un hecho notable que en la moral social que señala como adecuada, anteponga el interés del paciente incluso al mantenimiento de la autoridad del médico y del prestigio gremial.³⁵

Importante sin duda es el pensamiento que desarrolló Benjamin Rush sobre la ética médica, el cual se reunió y publicó cinco años antes que las obras de Percival y Gisborne con el título *Observations on the duties of a Physician and the Method of improving Medicine*.³⁶ Nacido en Pensilvania, Rush estudió medicina en Edimburgo, introdujo las aportaciones de esta escuela en el naciente Estados Unidos de América y no dudó en difundirlas entre sus estudiantes tanto en lo tocante a las ventajas de la clínica aprendida y aplicada en los hospitales como a la dimensión moral del acto médico.

En sus cursos jamás faltaron las reflexiones éticas y morales, muchas veces expresadas en términos de aforismos deontológicos, como “nunca deberás enojarte por lo que algún enfermo te diga”, “en la visita a los enfermos nunca demuestres prisa” o “los pacientes pobres son los mejores, puesto que Dios es quien paga por ellos”...³⁷ La simpatía fue también el meollo de la teoría ética de Rush; sin ella, decía, la humanidad no hubiera fundado hospitales, erigido escuelas ni puesto en práctica la filantropía para hacer más llevadera la miseria humana, y en ella fincaba los deberes mutuos entre los seres humanos y, en particular, los de los médicos para con sus pacientes, para con los demás médicos y los de los pacientes para con sus médicos, pero a todo ello agregaba los deberes del médico para incidir en el pensamiento y las decisiones de los estadistas.

Para construir la imagen del médico ideal, Rush llevó a Filadelfia una figura idealizada de Hipócrates. Él fue “suave en su apariencia y digno en su porte, con cabellos grises flotando libremente sobre sus hombros...”³⁸ Hizo a Hipócrates científico de acuerdo con el modelo experimental e inductivo que predicaban Bacon y los miembros de la escuela de Edimburgo,

pero también lo hizo el “más temprano y prominente ejemplo de un médico simpatético”.³⁹ Hipócrates, que salvó a su patria de la plaga y tuvo el único defecto de no ser cristiano, encarnó no obstante todas las virtudes que debería poseer el médico y quedó fuera de su contexto histórico para convertirse en el ideal de la medicina occidental posterior al siglo xix.

RUSH, PERCIVAL Y EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE LA AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (1847)

A través de un mar de contratiempos y dificultades, en busca de la creación y el mantenimiento de escuelas en las que se enseñara adecuadamente la medicina y tratando de eliminar una multiplicidad de ellas que no tenían preocupación alguna por la enseñanza de sus alumnos, sino que se regían por el afán de lucro, la medicina estadounidense fue buscando su camino. La voz de los pacientes fue siempre importante en ella, lo cual no ha evitado que viva, hasta la actualidad, inmersa en una permanente crisis de desconfianza.

Las lecciones de Rush y de sus seguidores, quienes continuaron difundiendo sus ideas, no fue suficiente, como tampoco lo fueron los varios códigos, todos ellos basados en el propuesto por Percival, aunque muchos pusieron mayor énfasis en la etiqueta que debía mantenerse en la consulta que en todos los demás componentes de la moral médica. Pueden citarse entre ellos los de las sociedades médicas de Nueva Hampshire (1819), el Distrito de Columbia (1820), Nueva York (1823) y Maryland (1832), pero no se llegó a una repercusión en el ámbito nacional hasta la fundación de una sociedad que tuviera dicha característica incluyente.⁴⁰ Ésta fue la American Medical Association, fundada en 1847.

Algunos autores, como Pernick⁴¹ y Jonsen,⁴² han postulado la hipótesis de que la introducción de la anestesia trajo consigo una auténtica crisis en la moral médica. Mucho se ha dicho sobre la dificultad que se tuvo para introducir el nuevo procedimiento durante el periodo expulsivo del trabajo de parto y es anecdótica la postura de la reina Victoria de Inglaterra que, años después, al aceptar el cloroformo en uno de sus partos negó la obligatoriedad bíblica de parir con dolor y cambió el panorama imperante en el Imperio británico.

Se adujeron razones diversas, desde la pérdida por parte del paciente del control sobre sí mismo y sus decisiones y la transferencia al cirujano del poder de

decidir lo referente al curso y los alcances de la intervención, hasta las acusaciones de promover drogas intoxicantes y de favorecer los abusos por parte de médicos inmorales. Pero en el fondo quedaba un común denominador de desconfianza que los médicos trataron de eliminar mediante la formación de un cuerpo gremial profesional, cuyas bases fueron la capacidad científica y técnica y la moralidad inobjetable de sus miembros. El *Código de Ética Médica* de la American Medical Association fue la respuesta última, ya que abundaba en ambas facetas.

El modelo, vertido prácticamente en su integridad al nuevo código, fue el texto *Medical Ethics*, de Percival, cuya influencia en Estados Unidos y en la ética médica occidental fue una sorpresa para los propios británicos, quienes dejaron de interesarse por ella desde 1827 y nunca llegaron a generar un código de ética médica como tal, ni siquiera desde el Royal College de Medicina ni del de Cirugía. La gran tradición ética de los médicos de la escuela de Edimburgo había quedado bien arraigada y los valores de educación, humanitarismo y filantropía eran el sello distintivo de todo aristócrata británico y los médicos que por nacimiento no lo eran pugnaban por serlo.⁴³ En cambio, en el medio estadounidense los planteamientos de Percival representaban una novedad. En el código de la Sociedad Médica de Nueva York, que como se ha mencionado data de 1823, están transcritos los requisitos por cumplir en el carácter del médico, las consultas, el cuidado del paciente y las obligaciones públicas.⁴⁴

Al ser redactado el nuevo código de 1847, se insistió en la lealtad a los colegas y la discriminación total de aquellos presuntos médicos que no cumplieran con una formación ortodoxa. Los homeópatas fueron los primeros en ser excluidos de todo trato.⁴⁵ El médico, siguiendo una tendencia propia del puritanismo estadounidense, debería utilizar su ascendiente sobre el paciente para hacerle notar las consecuencias de las conductas viciosas y los sufrimientos inherentes a ellas, lo cual le daría un halo de autoridad moral y lo ayudaría a tomar mejores resoluciones.⁴⁶

Una parte significativa del código se refería a las múltiples obligaciones del paciente hacia su médico y el último capítulo está dedicado a la obligación moral de la sociedad, es decir, del colectivo de los posibles pacientes, de mantener y promover las instancias e instituciones que favorecen el desarrollo de la profesión médica, como las escuelas de medicina, con la dotación de insumo indispensables para su buen funcionamiento, lo cual podría hacerse extensivo, por ejemplo, a la disposición de cadáveres para prácticas anatómicas y quirúrgicas, hospitales con equipo e ins-

trumental cada vez más complejo; y aun de promover y establecer los medios para que los grupos en el poder adquirieran el mínimo indispensable de conocimientos sobre la medicina para orientar mejor sus decisiones políticas.

En general, este código se ha conservado fiel a los principios en que fue generado. En una de sus ediciones recientes, la de 1996-1997, se mantiene el paradigma de que Percival es el autor de la mayor contribución ética en el mundo occidental después de Hipócrates y con ello consagra la inmutabilidad y universalidad de la ética, con la consiguiente validez transtemporal de sus premisas. Con cambios de detalle que "reflejaban el temperamento de los tiempos y la eterna búsqueda de expresar con claridad los conceptos básicos", el código pasó revisiones en 1903, 1912, 1947 y 1954, y en junio de 1957, tras dos años de discusiones, se adoptó una versión que separaba las cuestiones relacionadas con la ética médica propiamente dicha de aquellas referentes a la etiqueta médica.⁴⁷

Está fuera de toda discusión razonable la pretensión de que un código sea la base inobjetable de la ética médica. Es una guía deontológica, es decir, de

expresión de lo que debe ser y de los deberes y obligaciones que rodean y derivan de la atención de la salud. Sin embargo, durante los últimos 150 años la medicina ha pretendido regir sus criterios éticos mediante la promulgación de códigos más o menos actualizados o, lo que es peor, manteniendo vigentes los contenidos del *Juramento hipocrático* a lo sumo en versiones modernizadas como la de Ginebra; *como sentencia simbólica* es inobjetable, pero como referente último de una ética médica inmutable y por ello ciega a los problemas que han surgido con los cambios y avances del conocimiento médico es inaceptable.

La crisis de la medicina a lo largo de las últimas cinco décadas, con sus inmensas y novedosas posibilidades, con sus nuevos conocimientos, con el desarrollo de una maravillosa tecnología, ha traído consigo el surgimiento de grandes problemas éticos y la necesidad de replantear muchos de los ya existentes, al punto de hacer indispensable y urgente el desarrollo de una nueva ética de las profesiones de la salud, en nuestro caso de la médica en particular, capaz de abordar estas nuevas situaciones tanto con profundidad filosófica como con la consideración del contexto histórico en que tienen lugar.

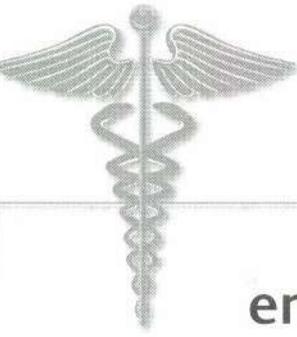
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aquino, Tomás de, *Octo libros Politicorum Aristotelis Expositio*, I, VIII, Marietti, Turín y Roma, cita en A. Jonsen (dir.), *A short History of Medical Ethics*, ed. cit., pág. 44, 1966.
2. Yperman, Jan, "De Cyryrgie", libro I, cap. IV, en Bullough, *The Development of Medicine as a Profession*, pág. 95 y en A. Jonsen, *A short History of Medical Ethics*, ed. cit., pág. 43.
3. Chauliac, Guy, *Chirurgia Magna*.
4. Jonsen, *A short History of Medical Ethics*, ed. cit., pág. 45.
5. Zerbi, Gabrielle, *De cautelis medicorum*, Venecia, 1495. La edición más conocida es la que Panthaleonis hizo en Lyon en 1528.
6. French, Roger, "The medical ethics of Gabriele Zerbi", en A. Wear, J. Geyer-Kordesch y R. French (dirs.), *Doctors and ethics: The earlier historical setting of professional ethics*, Rodopi, Ámsterdam/Atlanta, págs. 72-84 y 97, 1993.
7. Zerbi, *op. cit.*, fo. 58v.
8. Botallo, Leonardo, "Commentarioli duo, alter de medici, alter de aegroti muñere", *Lugduni*, 1565. Hemos utilizado la traducción italiana de L. Carerje y A. Bogetti Fassone, *I doveri del medico e del malato*, UTET, Turín, 1981.
9. French, R., *op. cit.*, pág. 93.
10. Clementius Clementinus, *Lucubrationes*, H. Petrus, Basel, citado en French, *op. cit.*, pág. 92, 1535.
11. Siccus, Ioannes, *De Optimo Medico*, Londres, 1551.
12. Miranda, Alfonso de, *Diálogo da perfeçam & partes que sam necessarias ao bom medico*, Ioam Álvarez, 1562. Para estudiarlo se ha revisado la edición con traducción al castellano de Manuel E. Mingote M., Editora Nacional, Madrid, 1983.
13. Jorge Enriquez, Enrique, *Retrato del perfecto médico*, citado en casa de Ioan y Andrés Renaut, Salamanca, 1595.
14. Haakonssen, Lisbeth, *Medicine and morals in the Enlightenment: John Gregory, Thomas Percival y Benjamin Rush*, Rodopi, Ámsterdam/Atlanta, pág. 19, 1997.
15. Porter, Dorothy y Porter, Roy, *Patient's progress: Doctors and Doctoring in Eighteenth Century England*, Stanford University Press, Stanford, California, 1989.
16. *Op. cit.*, pág. 26.
17. Pérez Tamayo, Ruy, *Ética médica laica*, pág. 96.
18. MacCullough, Lawrence, "John Gregory's Medical Ethics and the Human Sympathy", en R. Baker, R. Porter y D. Porter (dirs.), *The Codification of Medical Morality*, págs. 145-160.

19. Haakonssen, Lisbeth, *op. cit.*, pág. 8.
20. Reid, T. y K. Haakonssen (dirs.), *Practical Ethics*, Princeton University Press, Princeton, Nueva Jersey, págs. 39 y 316, 1990.
21. MacCullough, Laurence, "Introduction", en L. MacCullough (dir.), *John Gregory's writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/Londres, pág. 34, 1998.
22. Hume, David, *A treatise on the Human Nature*, The Clarendon Press, Londres, basado en la edición de Basilea, 1739-1740, págs. 577 y 578. Citado en MacCullough, "Introduction", pág. 36, 1978.
23. Smith, Adam, *The Theory of Moral Sentiments*, Clarendon Press, Oxford, 1976. Consultar L. MacCullough, "John Gregory's Medical Ethics and the Human Sympathy", en R. Baker, D. Porter y R. Porter (dirs.), *The codification of Medical Morality*, *op. cit.*, págs. 145-160.
24. Gregory, John, *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*, impreso por W. Strahan y T. Cadell, 1772. La edición consultada es la de MacCullough, *John Gregory's writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/Londres, págs. 160-248, 1998.
25. Véase "Benjamin Rush: The duty of Public Office", en Lisbeth Haakonssen (dir.), *Medicine and morals in the Enlightenment: John Gregory, Thomas Percival and Benjamin Rush*, *op. cit.*, págs. 94-186.
26. Percival, T., *Medical Jurisprudence or a Code of Medical Ethics and Institutes Adapted to the Professions of Physic and Surgery*, Privately circulated, Manchester, 1794.
27. Percival, T., *Medical Ethics*, J. Johnson, Manchester, 1803.
28. Pickstone, John, "Thomas Percival and the production of Medical Ethics", en R. Baker, D. Porter y R. Porter (dirs.), *The codification of Medical Morality*, *op. cit.*, págs. 161-173.
29. Percival, T., *Medical Ethics*, *op. cit.*, pág. 1.
30. Haakonssen, Lisbeth, *op. cit.*, pág. 157.
31. Percival, *Medical Ethics*, *op. cit.*, págs. 26 y 27.
32. *Op. cit.*, pág. 156.
33. *Op. cit.*, pág. 166. Véase Haakonssen, Lisbeth, *op. cit.*, pág. 170 y siguientes.
34. Gisborne, Thomas, *An Enquiry into the Duties of Men in the Highest and Middle Classes of the Society in Great Britain, Resulting from their Respective Situations, Professions and Employments*, B. White, Londres, 1794.
35. Pérez Tamayo, Ruy, *Ética médica laica*, *op. cit.*, pág. 60.
36. Rush, Benjamin, *Observations on the Duties of a Physician and the Method of improving Medicine*, Filadelfia y Londres, 1789.
37. Jonsen, A., *A short history of Medical Ethics*, *op. cit.*, pág. 66, citando a Rush, B., *Sixteen Lectures*, X, págs. 256-260.
38. Rush, B., *Sixteen Introductory Lectures*, Filadelfia, 1811, citado por Haakonssen, Lisbeth, *op. cit.*, pág. 223.
39. Rush, B., *op. cit.*, pág. 130.
40. Jonsen, A., *op. cit.*, cap. 6, "Ethics in American Medicine", págs. 67 y 68.
41. Pernick, Martin S., *A Calculus of suffering. Pain, Professionalism and Anesthesia in Nineteenth Century America*, Columbia University Press, Nueva York, 1985.
42. Jonsen, A., *op. cit.*, págs. 82-84.
43. Porter, Roy, "Great Britain", en W. Reich (dir.), "Medical Ethics, History of", *Encyclopedia of Bioethics*, *op. cit.*, V:1551.
44. Burns, Chester S., "The Americas. A Colonial North America and Nineteenth Century United States", en W. Reich, "Medical Ethics, History of", *Encyclopedia of Bioethics*, *op. cit.*, V:1612.
45. *Code of Medical Ethics*, A Medical Association, 1847, artículo IV.
46. *Op. cit.*, capítulo I, artículo 1.
47. American Medical Association, *Code of Medical Ethics. Current opinions with annotations*, American Medical Association, Chicago, 1996.

Capítulo 4

Conceptos de salud, enfermedad, de la relación del médico con el paciente y de la medicina actual



OCTAVIO RIVERO SERRANO

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Desde hace varios años la salud se ha considerado un estado del ser humano que rebasa el concepto de enfermedad. Un hombre sano es un sujeto que disfruta el vivir, que se encuentra a gusto con la tarea que desarrolla, que tiene planes para su vida actual y aun para el futuro, aunque éste no se vea a muy largo plazo debido a la edad de quien lo percibe. Es una relación de armonía entre el cuerpo y el espíritu, si es que acaso cree en la existencia de éste, o al menos la armonía de su cuerpo con su mente. Tal concepto de salud es de primordial importancia para entender después la enfermedad, ya que ésta no siempre se debe a un padecimiento orgánico, sino que reside en un trastorno de la mente, o al menos la alteración de ésta por alguna molestia corporal que, en ocasiones, no constituye propiamente una enfermedad.

Son muy diversos los factores o las circunstancias que tienen que ver con la salud. La herencia es uno de ellos; hay sujetos que pertenecen a familias cuyos miembros sufren constantemente alguna dolencia. En casos extremos se dice que son hipocondriacos, es decir, siempre imaginan padecer alguna enfermedad y perciben como tal cualquier pequeña alteración de la sensación de su cuerpo. Esta situación parece haber aumentado con la gran difusión, en la vida

actual, en relación con enfermedades, medicamentos y otros temas de salud a través de medios de comunicación masiva.

La salud se relaciona con la inteligencia y la preparación de una persona. No es que los inteligentes y preparados sean sanos sólo por esta causa, ya que se puede ser inteligente y estar bien preparado en un área del conocimiento, pero si no se tiene salud mental, éstos, los preparados, pueden caer más fácilmente en las tendencias hipocondriacas. Si se es sano mentalmente es más fácil gozar de las ventajas de una salud integral.

La situación socioeconómica tiene que ver con la salud. No es fácil pedirle a un sujeto que tiene carencias económicas que se sienta sano. El estatus social es asimismo importante: la famosa vitamina P que confiere el poder. No existen, o al menos no he encontrado datos duros acerca del promedio de vida y la situación de salud de quienes ocupan puestos directivos o de poder.

La salud en ocasiones depende de la propia vida de un ser humano. Hay personas que no son sanas porque sufren las consecuencias de una existencia infeliz, ya sea que se deba a situaciones fortuitas o porque al realizar los planes de vida un sujeto se ha equivocado y propiciado así situaciones adversas.

En resumen, un índice de salud puede ser la sensación de bienestar. Ésta no necesariamente se relaciona con la ausencia de una dolencia; tiene que ver

con el balance entre la sensación corporal y el bienestar mental. Hay sujetos que con una leve gastritis se sienten graves, en tanto que he conocido enfermos de tuberculosis pulmonar que saben de la importancia de su trastorno y ello no les ha impedido gozar de una vida productiva.

Un dicho muy antiguo entre los médicos asevera que no hay enfermedades sino enfermos, lo cual se relaciona, en parte, con lo que hemos señalado. Cuando los adelantos de la medicina genómica permitan individualizar más la enfermedad, y quizá su tratamiento, esta aseveración será aún más cierta. Más claramente habrá que pensar en enfermos y no en enfermedades. Incluso hoy día esto es verdad. Veamos por qué.

Es muy distinto enfermar que padecer. Hay sujetos que padecen terriblemente aun ante enfermedades sencillas; otros arrostran con serenidad y valor aun afecciones graves. La diferencia entre enfermar y padecer es un concepto que un médico bien formado debe conocer con claridad, ya que le permitirá tratar el problema integral de un paciente. Un viejo precepto de la medicina ha señalado con insistencia que el médico debe tratar siempre de curar, cuando esto no es posible ha de aliviar las molestias del enfermo, y si incluso esto no es posible, debe consolar.

El concepto de padecer está siempre presente en la enfermedad, de tal manera que debería decirse que ante todo caso un médico no sólo debe curar cuando sea posible, sino en todos los casos aliviar y consolar. En los casos en que el paciente puede curar, la enfermedad seguramente de algún modo ha hecho que padezca miedo, inseguridad, impotencia. Así, el consolar y el aliviar deben estar presentes incluso en casos en que el tratamiento es tan exitoso que ese alivio y consuelo podrían parecer innecesarios. Citaremos un ejemplo: ante un caso de apendicitis aguda, un cirujano preparado realiza con prontitud el diagnóstico y con las modernas técnicas actuales de cirugía endoscópica el paciente puede curarse en días y reintegrarse a su hogar y a sus labores habituales casi de inmediato.

En este caso el enfermo ha padecido, en alguna forma y magnitud miedo, inseguridad, labilidad, etc. Un cirujano, que es un médico preparado no sólo en la técnica quirúrgica, sino en una actitud de médico completo, debe mitigar el miedo, la sensación de inseguridad y brindarle apoyo espiritual a su paciente, y para ello es necesario que le dedique un tiempo razonable.

De este actuar como médico integralmente preparado es de lo que en ocasiones adolece la medicina

actual, por fortuna no en todos los ámbitos. En la medicina estadounidense, una de las quejas recurrentes se refiere al poco tiempo que los médicos contratados por estas instituciones para atender a sus asegurados dedican a los pacientes.¹ Para ejercer bien la medicina y atender al enfermo, curarlo, consolarlo y aliviarlo se requiere que el médico dedique tiempo a quien lo consulta. Al parecer, el problema del tiempo que se dedica a este aspecto es un problema a nivel mundial; se quejan de ello los asegurados en Asia, en España y en nuestro medio los asegurados en el IMSS, el ISSSTE e instituciones similares.²

Este tipo de medicina integral se logra cuando existe la conciencia de que uno de los valores que ancestralmente han servido para curar enfermos es la peculiar relación que se establece entre el médico y el paciente, quizá sería mejor decir entre el paciente y el médico. En todas las culturas y en el tiempo en que se quiera analizar la medicina, esta relación ha sido primordial, tan importante que a lo largo de la historia se encuentran múltiples ejemplos de sujetos con capacidades de curar aun sin conocimientos en medicina. Quizá en muchos casos no tenían propiamente capacidad para curar, pero sus dotes personales, al despertar la confianza de un enfermo daban a éste tal consuelo y alivio que se sentía curado. Naturalmente, en los casos que ya hemos analizado, en que el padecimiento es más mental que orgánico, esta capacidad de despertar confianza en la curación obra el milagro.

La relación médico-paciente ha sufrido los embates de los cambios de la medicina actual. Es importante reconocerlo para luchar contra los factores que disminuyen el valor curativo de esta relación. Con los maravillosos descubrimientos de la ciencia médica actual y con los modernos recursos de tecnología al alcance incluso de los médicos generales, establecer una buena relación médico-paciente es un elemento que no debe ser sustituido por los avances de la medicina, sino sumarse a los recursos que el médico actual puede emplear para potenciar la utilidad de éstos.

La relación de confianza entre el paciente y el médico se ve disminuida en varias circunstancias: cuando este último dedica poco tiempo para hablar con el enfermo y le resulta más sencillo utilizar recursos de laboratorio y de gabinete para el diagnóstico; cuando el médico no ha sido seleccionado por el paciente, sino impuesto por el grupo de profesionales empleados por la aseguradora en que él está inscrito; cuando el paciente duda acerca de la preparación del médico ante la dolencia que sufre; cuando percibe que el

médico limita las acciones que se han de realizar porque tiene restricciones impuestas por la compañía de seguros de la que es empleado; cuando para enviar análisis y estudios de gabinete insiste en un solo proveedor, como si tuviera interés económico en ello, o cuando sabe que el médico es socio de esa institución.

En torno del interés económico, varios autores que analizan la medicina consideran que es uno de los problemas principales en la actualidad.³ Las grandes inversiones en tecnología médica, de alto costo de adquisición, han hecho necesario que para organizar sitios de atención especializada las inversiones hayan tenido que recaer en inversionistas no médicos, ya que difícilmente un grupo de médicos podría enfrentar los costos de las instalaciones actuales de la medicina especializada. Esto ha introducido un elemento nuevo: los inversionistas, que por razón natural y explicable organizan estos grandes consorcios de atención médica de forma que su inversión sea redituable.

En la atención de los enfermos tal situación se hace explícita de alguna manera y el paciente que la percibe cree que el médico es quien ha propiciado este cambio hacia una medicina comercializada. Juicio injusto para los médicos en ejercicio, cuando en la mayor parte de los casos esto no es así; sin querer, la imagen del médico se ha comercializado, cuando en realidad es ajeno a ese proceso y no le queda más remedio que ejercer en este sistema. De alguna manera, sin tener el médico la culpa, tal proceso también ha deteriorado la confianza del público en la medicina.

Ante este nuevo panorama el médico debe procurarse la confianza del enfermo. Es un nuevo escenario, difícil de cambiar, y el galeno debe encontrar la forma de ganarse esa confianza.

LA MEDICINA ACTUAL

Los progresos en la medicina durante la última mitad del siglo xx seguramente parecerían de ficción científica para un médico de los albores de esa centuria, aun cuando en la segunda mitad del siglo xix y la primera del xx hubo eminencias en la ciencia médica, tanto en el extranjero como en nuestro país.

Es casi imposible relatar en forma sintetizada los notables adelantos tanto en el conocimiento médico como en los maravillosos instrumentos de tecnología aplicados al diagnóstico y tratamiento de los pacientes en la actualidad. Sólo mencionaré algunos aspectos

que tienen que ver con la organización de la medicina y con algunas perlas en el conocimiento y en la tecnología actual.

Hay artículos donde se destaca la importancia de recuperar el contacto con el paciente, para que no lo sustituya la relación paciente-máquina y médico-máquina.⁴ En Estados Unidos de América, donde la medicina familiar parece perder importancia debido a la tendencia de las HMO a utilizarla como contenedora de gastos (*gatekeeper*), varias asociaciones de médicos familiares se preocupan por encontrar vías de prestigio para esa forma de trabajo médico.⁵

De la misma manera, después del reporte de mortalidad en hospitales de la Unión Americana en 1999, hay grupos que tratan de descubrir los errores de sistema que los han ocasionado.⁶ Y se mencionan medidas prácticas, como las órdenes médicas registradas en cómputo, la disminución de las horas de trabajo de residentes y enfermeras para evitar errores por cansancio, la visita del enfermo en que participe el farmacéutico, los protocolos definidos para ciertos padecimientos, la "segunda opinión" en casos difíciles; y aún más allá: la Asociación de Acreditación de Hospitales en ese país establece multas desde 10 000 hasta 100 000 dólares a los transgresores de las recomendaciones.⁷

También se ha señalado la necesidad de regular las prescripciones en lo referente a la claridad de la escritura y las dadas por teléfono y por los asistentes del consultorio médico.⁸

La Asociación de Colegios Médicos en Estados Unidos ha propuesto aumentar la matrícula y la producción de galenos con objeto de atender la creciente presencia de ancianos con enfermedades crónicas. Sin embargo, en un artículo se menciona que ésta no es la solución. Por el contrario, se requiere mayor presencia de nutriólogos, enfermeras, orientadores sociales y otros, que promuevan el cambio de hábitos necesarios para evitar, mediante la medicina preventiva, la enfermedad cronicodegenerativa.⁹

Se reconoce como causa de la obesidad el sedentarismo en niños o adultos que pasan varias horas al día viendo televisión; niños que serán adultos obesos propensos a hipertensión arterial, otros padecimientos cardiovasculares, diabetes, problemas ortopédicos, etc. Este factor de sedentarismo, sumado a los malos hábitos alimentarios, establece un círculo vicioso. El cambio de la dieta hacia el consumo de los llamados *alimentos chatarra* o *fast food* en la Unión Americana, que no sólo ha afectado las costumbres del estadounidense sino que tiende a invadir al mundo, es un factor causal muy importante de obesidad

que constituye en la actualidad un verdadero problema de salud.

El costo en vidas, enfermedades crónicas y gasto en salud ha llevado a la OMS a aprobar, en 2004, la "Estrategia global sobre alimentación sana, actividad física y salud", y un año después la Unión Europea inició el esfuerzo denominado "Libro Verde. Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para prevenir el exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas".¹⁰

NUEVOS CONOCIMIENTOS EN MEDICINA

Quizá el cambio principal sea la llamada *transición epidemiológica*, que consiste en la aparición de enfermedades ya conocidas, pero más frecuentes y graves, las cuales se presentan asociadas a un fenómeno que ha modificado en muchos aspectos la medicina actual: el aumento en el promedio de vida, que significa que cada vez haya más sujetos a los que eufemísticamente se les llama de la tercera edad, y que son los viejos, debido precisamente a la eficacia de la nueva medicina, a los descubrimientos de nuevos medicamentos, a diversas formas de actuar ante la enfermedad más oportunamente, que hace que sujetos del cuarto y quinto decenios de la vida que antes morían, ahora, gracias a la nueva medicina sobreviven a estas etapas y llegan a la ancianidad.

Por desgracia, en nuestro país la transición se encuentra geográficamente localizada en sitios que gozan de mejor situación económica; en otras áreas de México está asociada a padecimientos que ya deberían haber disminuido en forma considerable, como las infecciones, la desnutrición, las enfermedades eruptivas, que predominan donde las condiciones socioeconómicas son aún de pobreza.

Para mencionar nuevos conocimientos que el médico de hoy debe poseer a fin de actuar en una medicina académica, en varios casos no es necesario recurrir a citas bibliográficas. Algunos nuevos conocimientos son ya de uso tan común que no sólo el médico general los tiene, si no que el público también sabe de ellos. En ocasiones lo que se requiere es que tanto el paciente como el médico conozcan la solidez de estos nuevos conocimientos, y ello ha dado lugar al concepto de una "medicina basada en evidencias". No necesariamente es un concepto nuevo; la buena medicina, aquella que desde siempre han ejercido los médicos bien preparados, se ha basado en la evidencia del recurso científico conocido mediante el estu-

dio de los nuevos y viejos conceptos científicos, fundamento de la medicina moderna.

En cada especialidad un médico conoce de la nueva ciencia en que basa su ejercicio. No obstante, ha habido avances que son del conocimiento de todos los que ejercen la medicina. Una de las áreas en que más se ha progresado es la terapéutica con medicamentos: actualmente existen quimioterapéuticos y antibióticos que pueden controlar, utilizados a tiempo y con una indicación correcta, casi todas las infecciones que hace 50 años eran las principales causas de mortalidad.

Hay fármacos que permiten el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, tanto la hipertensión arterial como los trastornos de riesgo vascular del corazón y del cerebro; algunos pueden actuar en forma preventiva. La aspirina, por ejemplo, sencilla y vieja conocida de los médicos, suele tener ese gran valor preventivo, al igual que otros medicamentos de uso reciente, como el carisoprodol.

El asma puede ser controlada al reconocer que no sólo es un padecimiento en el que la alergia podría estar presente, sino que básicamente se trata de un proceso inflamatorio. También, para los enfermos con tuberculosis pulmonar hay posibilidades de tratamiento médico que hace ya innecesarias o poco frecuentes las diversas intervenciones quirúrgicas, algunas muy deformantes.

Por su parte, el conocimiento de que la enfermedad péptica se debía a la infección por un germen conocido como *Helicobacter pylori* cambió radicalmente el concepto y el tratamiento de este trastorno.

La diabetes, que ha aumentado en frecuencia y gravedad, se controla hoy con medicamentos de liberación prolongada e incluso con la utilización de vías distintas de la inyectable, que hacen menos molesta la medicación diaria. Muchas hormonas se usan para curar o controlar diversos padecimientos, entre ellas algunas que sirven para controlar el crecimiento de neoplasias hormonodependientes. En los casos de cáncer hay sin duda un gran avance; numerosos quimioterapéuticos, sobre todo cuando se utilizan en un esquema neoadyuvante con cirugía y radioterapia, logran la curación de muchos pacientes antes incurables.

La muy variada gama de medicamentos antiinflamatorios y analgésicos contribuyen al tratamiento de una de las enfermedades más habituales en el adulto y el anciano: los padecimientos articulares, la artritis y la osteoartritis. Esta es una de las causas que más se ven en la consulta médica de sujetos de más de 40 años y se incrementa conforme pasa el tiempo.

Ante estas enfermedades la terapéutica médica tiene resultados variables; por ello han surgido opciones

de medicina alternativa, a las que el paciente recurre aun cuando no existe evidencia cierta de su utilidad.

En el caso de las tres enfermedades más frecuentes de la ancianidad: diabetes, hipertensión arterial y las reumáticas, cobra gran importancia el conocimiento ahora muy evidente de los agentes causales y el diagnóstico oportuno. En un editorial de la revista *Annals of Family Medicine* se señala que los casos de diabetes sin diagnóstico oportuno, cuando llegan tarde, pueden tener nefropatía en 27 % de los casos y 22 % de neuropatía, enfermedades que requieren tratamientos prolongados y costosos.¹¹

Actualmente, estar enterado de lo nuevo en medicina es tan sencillo que no se justifica que un médico que ejerce la medicina general, que actúa como especialista de familia, siga haciéndolo sólo con los conocimientos con que empezó su práctica.¹²

Existe una tendencia, al menos en la teoría, de hacer valer para esta medicina de las enfermedades comunes el ejercicio del médico general, ya sea o no médico familiar. El paciente que ya no es un joven necesita un tratamiento continuado ante la multimorbilidad: en sujetos de entre 45 y 64 años, 95 % requiere tratamiento de dos enfermedades crónicas, y entre los de más de 65, 99 % necesita el tratamiento de dos o más enfermedades.¹³ Paradójicamente, el aumento en el número de viejos exige volver los ojos al médico de hace un siglo, al médico de familia,¹⁴ el cual, dadas las facilidades de la tecnología actual, podría ampliar su espectro de recursos de diagnóstico. Con la facilidad de las técnicas actuales podría llegar a realizar colonoscopias.¹⁵ Y sin duda no debe ser ajeno al uso de recursos tan útiles en el diagnóstico como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética y la gran variedad de recursos de laboratorio para diagnóstico.¹⁶

Cuando la medicina genómica pase del nicho del laboratorio al consultorio del médico, estos conocimientos no deben ser de uso exclusivo de los especialistas y los médicos generales pueden convertirse en especialistas personales en la prevención de enfermedades.¹⁷ Los conocimientos genómicos deberán propiciar una mejor actuación de los pediatras cuando puedan prever las tendencias al asma, la obesidad y el cáncer, y emplear antígenos como el que ahora se utiliza como marcador para el cáncer prostático, y así, como en este caso, prevenir muchas enfermedades. La genómica, la proteómica y la metabolómica serán sin duda de los conocimientos primordiales del médico de un mañana cada vez más cercano.^{18, 19}

Una pareja de adultos debe comer a la carta en su casa, una vez que un nutriólogo con conocimientos

genómicos les indique el tipo de dieta que a cada uno conviene, después de conocer las tendencias de sus genes a provocar diferentes enfermedades. Quizá entonces se encuentren en conflicto –conflicto que ya existe– entre las grandes productoras de “comida chatarra” y los cada vez más individualizados conocimientos de un nutriólogo genómico.

En el relato de nuevos conocimientos hay asuntos casi anecdóticos, como el que relaciona el padecer sudores nocturnos con la apnea del sueño,²⁰ pues se sabe que ésta, en grados significativos, ocasiona enfermedad cardiopulmonar. O el que narra cómo se conoció la importancia de las grasas omega 3 para prevenir esta última por hipertrigliceridemia, cuando se descubrió que la dieta de esquimales es rica en ácidos eicospentanoico y docosahexanoico.^{21, 22}

De la mayor relevancia para el desarrollo de una buena medicina de hospital es la propuesta de que los administradores médicos de hospitales certifiquen sus conocimientos y se recertifiquen.²³ Sólo así podrán comprender las necesidades de los médicos en ejercicio. Seguramente esta es una de las respuestas al artículo tantas veces citado que se refería a la mortalidad elevada en hospitales del área de Nueva York, lo que despertó una oleada de opiniones encontradas en la medicina estadounidense y que indicó que más que propiamente errores de los médicos eran del sistema administrativo.

En el uso de la tecnología moderna sucede lo mismo que señalé con el empleo de algunos medicamentos, cuya utilización es tan conocida que no es necesario dar algunas citas para asegurar su eficacia. En el caso de la moderna tecnología médica sucede que lo esencial por reflexionar es la correcta indicación de su uso. Debido a su gran utilidad se tiende al sobreuso, encaminando el estudio clínico a anteponer la realización de investigaciones antes de un buen estudio clínico clásico. Esto desmerece la importancia que ya señalamos de la relación del médico con el paciente, que frecuentemente se establece después de una larga charla entre ellos y aumenta innecesariamente el costo de la medicina clínica.²⁴

¿Quién no conoce la utilidad de los modernos métodos de imagenología: la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética, el ultrasonido o aun el PET? Lo que habría que comentar es que ya deberían ser parte del armamentario clínico del médico general. Cuando se iniciaron parecían métodos de uso exclusivo del especialista. Sin embargo, hay que concebir un médico general moderno capaz de utilizar estos métodos de diagnóstico, y que conozca, al menos, las indicaciones de los numerosos métodos de endosco-

pia diagnóstica y la gran variedad de análisis con que hoy cuenta la medicina para ayudar en el diagnóstico de las enfermedades.

Algunos autores consideran que la utilización de métodos clínicos modernos se ha complicado tanto que la sola residencia no permite adquirir las destrezas necesarias para su uso correcto y proponen estancias pos-residencia con el exclusivo objeto de dominarlas.²⁵

Hay áreas en que el progreso tecnológico es mayor, como en la exploración no invasiva del cerebro y de la médula espinal con RM. El ultrasonido cardiaco permite dosificar mejor y reducir el riesgo de cardiomiopatía por quimioterapia y diagnosticar con absoluta precisión padecimientos del colon y la apendicitis por TAC o RM.²⁶

Se pueden monitorear en forma frecuente diversas constantes en la sangre, medicamentos, niveles de glucosa²⁷ y otros elementos para el mejor control, sobre todo en pacientes en terapia intensiva. También hay procedimientos que permiten implantar un elemento en el seno carotídeo para posibilitar tratamiento de la hipertensión arterial refractaria al tratamiento médico,²⁸ así como resincronizadores y desfibriladores de acción automática en pacientes con insuficiencia cardiaca y prolongados segmentos QRS en sus estudios de electrocardiografía.²⁹

Los enfermos con apnea del sueño que padecen hipoxia e hipercapnea pueden ser controlados con ventilación a presión continua para evitar el daño cardiopulmonar.³⁰

En vista de que la mortalidad en unidades de terapia intensiva se ha mantenido elevada, hay varias pro-

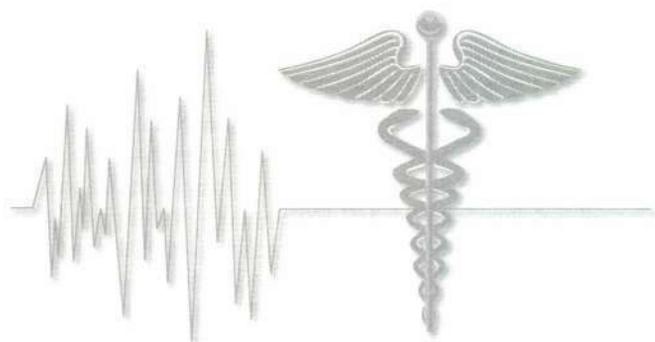
puestas en el orden tecnológico y en el de preparación de los médicos que tienden a disminuir el problema, entendiendo que esto no es sencillo, pues los pacientes que llegan a estas unidades son generalmente graves. En algún reporte se señala que el programa de computarización de órdenes médicas, el uso de alertas automáticas, el monitoreo continuo de las máquinas de infusión constante y de gases en la sangre, así como de datos ventilatorios y de electrocardiografía, de catéteres y de medicamentos han logrado evitar complicaciones en más de 65 000 casos y prevenir alrededor de 900 000 errores. Se insiste en aproximar tempranamente a alumnos y médicos jóvenes a la moderna tecnología de uso en las unidades de cuidados intensivos, como el CECAM de la Facultad de Medicina.^{31, 32}

Un aspecto de gran novedad en el de por sí aspecto nuevo de la cirugía endoscópica es la utilización de robots para el apoyo de este tipo de intervenciones.³³ Estimo que aún es prematuro juzgar su verdadera utilidad en el sentido de disminuir complicaciones y costos. En estos casos, como en el de la propia cirugía endoscópica, es necesario considerar la adecuada preparación de quienes la realizan con objeto de disminuir al mínimo los errores consecutivos al aprendizaje. Esto último tiene que ver con un aspecto que ha cobrado importancia en la medicina actual: la ética, no sólo la del ejercicio, sino la ética en el proceso de aprendizaje, principalmente en el terreno de la cirugía y en el del trabajo en unidades de cuidados intensivos. Hay reportes que señalan una grave falta de conciencia en aspectos de ética en el manejo de los enfermos en esta última área.³⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balint, S. y Shelton, W., "Regaining the initiative. Forging a new model patient physician relationship", *JAMA*, **275** (119):887-891, 1996.
2. Rivero, O. y Paredes, R., "Nuevas formas de financiamiento del acto médico", *Ejercicio de la medicina de la segunda mitad del siglo xx*, Siglo XXI Editores, México, págs. 335-342, 2005.
3. Lundberg, G. D., *Severed trust. Why American medicine hasn't been fixed?*, Basic Books, Nueva York, 2001.
4. Merriman, J., "New feature focuses on patient-physician relationships", *American Family Physician*, **75** (8), 2007.
5. Kahn, N., "The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community", *Ann. Fam. Med.*, **2** (1), 2004.
6. Pronovost, P., Thompson, D., Holzmueller, Ch. y cols., "Defining and measuring patient safety", *Crit. Care Clin.*, **21**:1-19, 2005.
7. Marinelli, A., "Can regulation improve safety in critical care?", *Crit. Care Clin.*, **21** (1), 2005.
8. New and Trends. Family practice management, **13** (3), 2006.
9. Greenberg, J. y Greenberg, H., "More physicians are not the answer", *The American Journal of Cardiology*, **99** (10), 2007.
10. Libro Verde. Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. Consultado en la página web de la Comunidad Europea: <<http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11542.htm>>.

11. Stange, K., "In this issue: capacity for caring and generating new knowledge", *Ann. Fam. Med.*, **4** (5), 2006.
12. Philips, W., Acheson, L., Crabtree, B. y cols., "New knowledge for and about primary care: a view through the looking glass of the Annals of Family Medicine", *Ann. Fam. Med.*, **3** (3), 2005.
13. Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C. y cols., "Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice", *Ann. Fam. Med.*, **3**:223-228, 2005.
14. Burge, S., Schneider, D., Ivy, L. y Catala, S., "Patients' advice to physicians about intervening in family conflict", *Ann. Fam. Med.*, **3**:248-254, 2005.
15. Stange, K., "What I learned?; what will you discover?", *Ann. Fam. Med.*, **3**:273, 2005.
16. Kuzel, A. y Rothemich, S., "Networks for new knowledge in family medicine", *Ann. Fam. Med.*, **2** (5), 2004.
17. Merriman, J., "The 2005 Annual Clinical Focus: Genomics", *American Family Physician*, **72** (3), 2005.
18. Broeckel, U., Maresso, K. y Kugathasan, S., "Functional genomics and its implications for molecular medicine", *Pediatr. Clin. N. Am.*, **53** (5), 2006.
19. Guinn, D., Abel, D., Martínez, J. y Tomlinson, M., "From the research bench to the clinical arena", *Evidence-based Obstetrics & Gynecology*, **7** (3), 2005.
20. Debusk, R., Ordovas, J. y Kornman, K., "Nutritional genomics in practice: where do we begin?", *Journal of the American Dietetics Association*, **105** (4), 2005.
21. Stange, K., "On TRACK: challenges and insights" *Ann. Fam. Med.*, **4** (6), 2006.
22. Davidson, M., "Introduction", *The American Journal of Cardiology*, **98** (4A), 2006.
23. Hornbeck, T., "Family medicine updates", *Ann. Fam. Med.*, **4** (3), 2006.
24. Rivero, O., *Medicina no equitativa*, Editores de Textos Mexicanos, México, págs. 14 y 15, 2006.
25. Ranji, S., Rosenman, D., Amin, A. y Kripalani, S., "Hospital medicine fellowships: works in progress", *The American Journal of Medicine*, **119** (1), 2006.
26. Picard, M., Khandheria, B. y Factor, J., "President's message", *Journal of the American Society of Echocardiography*, **19** (10), 2006.
27. Costa, B. y cols., "Continuous glucose monitoring in high-risk subjects for developing type 2 diabetes", *Med. Clin.*, **127** (2):50-52, 2006.
28. Tordoir, J. H. y cols., "An implantable carotid sinus baroreflex activating system: surgical technique and short-term outcome from a multi-center feasibility trial for the treatment of resistant hypertension", *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, **33** (4):414-21, 2007.
29. Gold, M. y O'Connor, C., "Introduction", *American Heart Journal*, **4** (1):153, 2007.
30. Spicuzza, L., Bernardi, L., Balsamo, R. y cols., "Effect of treatment with nasal continuous positive airway pressure on ventilatory response to hypoxia and hypercapnia in patients with sleep apnea syndrome", *Chest*, **130** (3):774-779, 2006.
31. Bria, W. y Shabot, M., "The electronic medical record, safety, and critical care", *Critical Care Clinics*, **21** (1), 2005.
32. Croley, W. y Rothengerg, D., "Education of trainees in the intensive care unit", *Critical Care Medicine*, **35** (2 suppl.), 2007.
33. Frecker, M. y Snyder, A., "Surgical robotics: multifunctional and effectors for robotic surgery", *Operative Techniques in General Surgery*, **7** (4), 2005.
34. Giannini, A., "Clinicians' competency in bioethics", *Chest*, **131** (5), 2007.



Capítulo 5

¿Moral médica o ética médica?

PAULINA RIVERO WEBER

Quien quiera comprender los retos fundamentales de la ética médica seguramente se sentirá inclinado a buscar información entre los múltiples textos que ostentan ese título: “Ética médica.” Lamentablemente, en 90 % de ellos encontrará una serie de normas con carácter de obligatoriedad, de las cuales no se exponen sus razones. ¿Es eso una “ética médica”? ¿Este tipo de textos no deberían llamarse “moral médica”? Este es un libro de ética médica y, como tal, su primer cometido es deslindarse de los textos sobre moral que abundan en las librerías. Por ello partiremos de una distinción que nos permita dilucidar en qué medida un libro corresponde a la ética y en qué medida corresponde al ámbito de la moral. Trataremos, pues, de aclarar la diferencia entre la moral médica y la ética médica.

Desde que el ser humano existe como ser racional no ha cesado de preocuparse por la posibilidad de encontrar una guía para su acción. A raíz de esa necesidad han surgido religiones, asociaciones, códigos civiles, códigos morales y agrupaciones del más variado tipo en busca de una respuesta a su interrogante fundamental: “¿Qué debo hacer?” Es debido a lo anterior que a lo largo de la historia se han condensado diferentes posturas morales que pretenden indicar al individuo qué hacer y qué no hacer, qué es válido y qué no lo es.

Pero también, por ello, todo ser humano al nacer se encuentra arrojado a una sociedad que no le pidió su opinión respecto a las reglas morales que se deben seguir. La pregunta “¿qué debo hacer?” ya está respondida en la sociedad cuando un individuo nace. Así, toda persona va aprendiendo que “uno” o “una” debe hacer tal o cual cosa, o no debe hacerla, y termina por saber lo que debe saber todo individuo moralmente decente: “eso no se hace”, “eso no se piensa”, “eso no se toca” o “eso no se dice”. Pero resulta que esas respuestas sobre lo que debemos y lo que no debemos hacer, tocar, pensar o decir varían considerablemente a lo largo del tiempo y el espacio, que son las dos categorías fundamentales en que existe el ser humano.

De este modo, a lo largo del tiempo la respuesta a la pregunta “¿qué debo hacer?” cambia en el interior de una misma comunidad de un siglo a otro, y no se diga de un milenio a otro. Pero también a lo largo del espacio, en un mismo tiempo, la respuesta a esa interrogante varía de una a otra latitud: la moral cambia a través del espacio (de un lugar a otro) y del tiempo (de una época a otra).

Para ejemplificar lo anterior, tomemos uno de los más sacrosantos valores de nuestra época y sociedad: la maternidad. Impensable resulta para nosotros, mexicanos del siglo XXI, que una madre valore el éxito social o político de su hijo por encima de su vida, o que prefiera el éxito económico o bélico de su país frente a la vida de su propio hijo. Y sin embargo, hace muchos

años las madres espartanas preferían ver muerto a su hijo a que éste retornara a casa sin haber ganado una batalla: “Regresa victorioso o muerto sobre tu escudo” era la dulce frase de despedida al ver partir al hijo a la guerra. O tomemos otro ejemplo, con un valor que en la teoría actual parecería intocable: el valor de la vida humana. Han llegado a existir sociedades para las que, abierta y llanamente, sin ningún asomo de culpa o maldad, la vida de una persona ha sido menos valiosa que un trípode.

Así, en la *Iliada* de Homero hay un pasaje que siempre me ha llamado la atención: al llevar a cabo los ritos funerarios de Patroclo, Aquiles propuso los premios para los vencedores de la lucha: “...para el vencedor, un gran trípode para poner el fuego, valuado en doce bueyes, y para el vencido, puso en el centro a una mujer diestra en muchas labores, valuada en cuatro bueyes...”¹

Al ganador, pues, un trípode; al perdedor el premio de consolación: una mujer diestra. No hay que saber muchas matemáticas para deducir de lo anterior que, en la época homérica, una mujer diestra valía la pata de un trípode... La situación socioeconómica y el muy breve avance del pensamiento humanista determinaban los valores de aquella remota época.² Pero los dos ejemplos anteriores resultan comprensibles si pensamos que el valor que los espartanos otorgaban a la victoria en la guerra era más importante que la vida de sus hijos, pues el valor que otorgaban a la *polis*, a su ciudad, era más importante que la vida individual. Asimismo, el valor que un trípode tenía en plena guerra era mucho más elevado que el de una mujer, por diestra que ésta fuera. Ejemplos como los anteriores se hallan por millares si tan sólo nos dedicamos a leer un poco de historia.

VALORES Y NORMAS MORALES

Hoy nos resulta espeluznante pensar que han existido sociedades en las que el parricidio y el matricidio eran una obligación moral para los hijos cuyos padres alcanzaban cierta edad; sociedades en las que a un recién nacido con un defecto físico, por mínimo que fuera, simplemente se le quitaba la vida, o sociedades en las que a un recién nacido se le mataba de inmediato por ser de una “raza inferior” que no tenía alma, como sucedió en México durante la Conquista española. Insisto: todo ello es posible porque los valores cambian a lo largo del tiempo y del espacio. Pero eso no implica que todos los valores sean igualmente válidos o deseables para una sociedad. Como se verá,

no es lo mismo afirmar que los valores son relativos a la sociedad en que nacen, que afirmar el relativismo moral y la igualdad de valores.

Los valores, pues, cambian, no son eternos ni absolutos. Pero aquí siempre surge una voz tan ingenua como amable que pregunta: “Pero, ¿no hay valores absolutos?, ¿acaso en toda sociedad no se encuentran ciertos valores indiscutibles, sagrados, absolutos?, ¿no todas las religiones comparten un sustrato último, íntimo y fundamental, en el que están de acuerdo?” Suena bello y todos quisiéramos creerlo, pero la respuesta a esas preguntas es muy simple: “no”. Como se ha dicho, leer un poco de historia es suficiente para comprender por qué aquel griego decía que bastaba cruzar una frontera para que el bien y el mal cambiaran. Para cada sociedad y para cada momento han existido diferentes valores, al grado que hoy parece casi imposible comprender a muchas sociedades que vivieron hace milenios, o a otras que existen en nuestro mismo tiempo pero en latitudes muy distantes y diferentes.

Mas el relativismo moral no implica, como se decía, que todo se valga. El ser humano es capaz de ser crítico, cuestionar los valores, dialogar y llegar a consensos sobre los valores deseables para su sociedad. Se teme mucho el relativismo moral y, sin embargo, es curioso que nunca ha habido una sola guerra por culpa del relativismo moral: las guerras las provocan los absolutismos, no los relativismos. Cuando alguien cree que tiene la verdad absoluta, entonces surgen los problemas, no cuando alguien cree que su verdad es relativa a su momento, de modo que el muy temido relativismo moral se resuelve al aceptar que nuestros valores y verdades son producto de un consenso social y, por lo mismo, hay que respetarlos si son funcionales, o bien cambiarlos por medio del diálogo.

En ese sentido, las diversas morales en el mundo han surgido de diferentes consensos. A lo largo del tiempo y el espacio el triunfo y la condensación de ciertos grupos de valores han creado distintos tipos de moral. Una moral es, pues, una forma de vida que se elige frente a otras como la “mejor” y por ello se impone a la sociedad como tal. Algunas veces la moral surge de normas higiénicas, otras de necesidades políticas elementales, pero cuando esas necesidades higiénicas, políticas o de cualquier otro tipo se imponen como normas morales obligatorias, desde ese momento poco importan su origen y su sentido: la norma se “absolutiza” y se convierte en algo inquestionable.

Veamos un ejemplo de lo anterior: no comer carne de cerdo en el desierto es una norma higiénica funda-

mental para un pueblo que se ve obligado a sobrevivir por años en él. En ese mismo sentido, no comer carne de vaca es fundamental para un pueblo que sobrevive gracias a la leche de este animal. Pero se podría pensar que una vez que esas condiciones han variado, una vez que ya no resulta necesario no comer cierto tipo de carne, las normas cambiarían o deberían cambiar. Mas no es así: la moral se caracteriza por crear dogmas rígidos y, por lo mismo, por su incapacidad para cambiar y adaptarse a nuevos tiempos, o por una muy reducida y lenta capacidad de cambio. Quienes por su religión no comen carne de cerdo o de vaca lo hacen simplemente porque esa norma higiénica o económica de antaño se elevó a nivel de norma moral y, como tal, se volvió incuestionable.

Y con lo anterior llegamos a un aspecto clave de la moral y las normas morales: éstas, una vez establecidas, existen en la sociedad de manera incuestionable. Para una persona moral sus normas son algo que el individuo debe simplemente seguir sin cuestionar, porque toda moral, por flexible que sea, tiene un núcleo inflexible que no acepta cuestionamientos, que requiere “seguidores” y no entes pensantes que la cuestionen. Y cuando surgen esos entes pensantes que cuestionan la moral, ahí termina ésta y comienza la reflexión ética. Más que preguntar “¿qué debo hacer?”, la pregunta ética es “¿por qué debo o no debo hacer eso que se me ordena?, ¿genero bienestar en mí y en los demás con esa acción?”.

Tenemos, pues, que la ética, a diferencia de la moral, da razones. Y he dicho “razones” y no causas, esto es: la ética no nos explica la verdadera causa de algo, sino las razones humanas por las que algo es deseable, preferible o hasta obligatorio, las razones humanas lógicas, comprensibles y dialógicas por las que debemos hacer una cosa y no otra. Y es que la ética, a diferencia de la moral, forma parte de la filosofía, y la filosofía es, como bien decían los griegos antiguos, un *logon didonai*: un “dar razón de las cosas”. Pero no sólo eso: la ética, a diferencia de la moral, acepta el cuestionamiento de esas razones y no pretende imponerlas como “la” verdad absoluta.

El carácter dialógico de la ética consiste en que se mantiene siempre abierta al diálogo crítico con la honesta intención de aceptar el cambio cuando éste es necesario. Ahí donde una persona moral diría: “éstas son mis convicciones y nunca las cambiaré”, un individuo ético diría: “hasta ahora he llegado a estas conclusiones, pero si me demuestras que hay otras mejores que éstas, estoy dispuesto a cambiar”.

Lo anterior es fundamental, porque al mantener ese carácter abierto al cambio la ética permite el cre-

cimiento de la persona: lo que no cambia no puede crecer. Gracias a su capacidad para facilitar el cambio, un individuo ético tiene frente a sí su vida como un haz de posibilidades de las cuales lleva a la práctica las que considera idóneas para su momento vital. La vida de un ético es eso: un haz de posibilidades de las cuales no elige necesariamente las que escogió ayer, sino las que requiere elegir hoy, en este caso particular. Y éticamente se escoge no con base en la propia conveniencia, sino en la honesta convicción del deber que resulta del análisis de las circunstancias presentes.

La ética decide caso por caso, no generaliza, no dogmatiza. Y esta capacidad de decidir caso por caso, como se verá más adelante, resulta fundamental cuando se habla no sólo de ética, sino en particular de ética médica. Actuar “caso por caso” implica tener la capacidad de dejar a un lado la rigidez de la propia moral para adecuarse a lo que cada momento pide, con normas éticas que puedan aplicarse con honestidad y con sentido común.

Pero nuevamente se nos podría preguntar: “Si en el ámbito médico cada quien va a decidir caso por caso, ¿qué actitudes tomar?, y si los valores y las convicciones han de cambiar constantemente, ¿con qué parámetros podríamos crear las normas que son necesarias para vivir?” Hay que atender a la necesidad de crear consensos para proponerlos como tales. Pero es muy diferente crear un consenso, llegar a ciertas conclusiones, que imponer una norma como la verdad absoluta. El médico que impone una norma moral dice: “En este caso, debes hacer esto y nunca esto otro.” El médico que propone una norma ética, dice: “En casos como éste, lo ideal es hacer esto y no lo otro; pero siempre cada médico deberá saber elegir, con base en las circunstancias, caso por caso, qué es lo idóneo.” Donde la moral impone, la ética simplemente ofrece lineamientos generales: respeta y propone.

El problema es que la línea que separa a la ética de la moral no es tan nítida como aquella que separa a la labor del arquitecto de la del odontólogo. Ética y moral se ocupan del mismo ámbito, sólo que lo hacen de maneras diferentes. Por eso es tan difícil distinguirlas y a la vez tan fácil pasar de una a otra. Así, una vez que un grupo de individuos han aceptado una norma ética mediante el diálogo y el consenso, es sumamente fácil que esa norma pierda su sentido ético y comience a ser impuesta como una norma moral. La línea que distingue la ética de la moral es tenue y, por lo mismo, un individuo ético debe mantenerse siempre abierto a la crítica y a la autocrítica, al diálogo con sus colegas.

Debemos notar una aparente paradoja: la moral cambia de un tiempo a otro o de una sociedad a otra, pero una vez instituida, es sumamente difícil que varíe; se estatiza, adquiere una rigidez que no es fácil superar y que muchas veces enclaustra al individuo en obligaciones con las que en realidad no está de acuerdo. Pero eso mismo pasa con la ética: ésta también cambia; no es lo mismo la ética propuesta por Platón que aquella que elaboró Kant, la cual difiere en mucho de la que consideró Nietzsche. Mas si se sigue una ética sin cuestionamiento, se le convierte de inmediato en una moral: la esencia misma de la ética es el cuestionamiento crítico individual.

De hecho no hay “una” ética ni existe “la” ética como tal: existe una serie de reflexiones éticas a lo largo de la historia de la filosofía que en muchas ocasiones son diferentes entre sí, pero que a la vez guardan una serie de similitudes que las une y les permite llamarse a todas ellas *ética*. Veamos esas “similitudes” o, más bien, esas características generales de la ética.

La primera de ellas radica en que de manera previa a una acción ética, el individuo o el grupo de individuos han deliberado abierta y honestamente. Deliberar es pensar, pero no es cualquier tipo de pensamiento; es pensar para decidir. Lo anterior implica que en la ética se interpone una mediación reflexiva entre la persona y la norma, y que con base en esa reflexión el individuo elige una u otra opción. En el ámbito ético, la relación de una persona con la norma que le rige ya no es inmediata: se encuentra mediada por su propia reflexión, por sus capacidades críticas. Así surge la ética: cuando en cualquier lugar un individuo deja de seguir sin cuestionamiento las normas impuestas por su sociedad, su Estado o su Iglesia.

Y existen ciertos lineamientos muy generales para este tipo de deliberación que pueden servir como guía para su elaboración. Hace 2400 años Platón demarcó ciertos aspectos que siguen vigentes. Consideraba que para pensar éticamente es necesario cumplir al menos con lo siguiente:

1. Deliberar la cuestión por medio de la razón, y no de sentimientos. ¿Por qué? Porque si nos dejamos llevar por los sentimientos podemos llegar a ser injustos, y eso es lo que la ética trata de evitar.
2. Pensar por cuenta propia sin hacer caso de lo que diga la mayoría. ¿Por qué? Porque la mayoría se deja llevar por lo establecido y esto no es necesariamente lo mejor.
3. No ser nunca injustos. ¿Por qué? Porque si queremos convivir en armonía no debemos dar al

otro un trato que no quisiéramos que se nos diera, y nadie quiere ser tratado con injusticia. Todo lo anterior parecería conducirnos al *sapere aude* kantiano: la ética se basa en el ejercicio de la capacidad de pensar, como diría Kant: “Atrévete a saber, atrévete a pensar por ti mismo.”

Y hay algo más que se conserva a lo largo de toda la ética y que, de hecho, remite a tiempos anteriores a los filósofos griegos. Y ese algo más lo encontramos en la genealogía de la palabra *ética*, pues ella esconde una serie de significados que hablan de lo que la ética es. El método genealógico enseña que un concepto cualquiera tiene una historia a lo largo de la cual varía sus significados, y conocer esas diferencias puede llevar a comprender mejor el significado actual del concepto de que se trate. La primera vez que aparece el concepto *eethos* en la historia de Occidente es en los textos homéricos. En ellos *eethos*,³ de donde proviene la palabra *ética*, tiene el significado de la “guardida” de los animales, se refiere al lugar donde el animal se salva de las inclemencias del tiempo o de sus predadores. El *eethos*-guardida es el hábitat donde al animal se siente más seguro.

Siguiendo este análisis genealógico, encontramos que, con el tiempo, el sentido de la palabra *eethos* cambió, se comenzó a usar *ethos*,⁴ y dejó de significar “guardida” o “hábitat” para significar “costumbre” o “hábito”. Aristóteles cuenta cómo finalmente esta palabra, *ethos*, que quería decir costumbre o hábito, con el tiempo volvió a cambiar: se volvió a escribir con vocal doble, pero no regresó al significado originario de “guardida”, sino que comenzó a significar “carácter”: carácter moral. Según este sabio griego ese cambio indica que el carácter moral tiene de hecho algo que ver con el hábito o costumbre: que se adquiere o se conquista por medio de los hábitos, esto es, por medio de la disciplina.

Hoy día, toda ética sigue siendo una guardida, una costumbre y un carácter moral. La ética puede ser nuestra guardida, porque nos salva de dos cosas: 1. de la corrupción del alma y 2. de la moral vigente. Esto es: la ética es la guardida más propia, en donde podemos salvarnos de la propia desmesura, de la ira, la avaricia y de todos los monstruos que habitan a todo ser humano. Pero también nos salva de la moral vigente, que muchas veces no permite a un individuo crecer a sus anchas o que le impone deberes sin sentido. Hoy día, también toda ética remite al *eethos* como costumbre: de hecho, puede asegurarse que el carácter moral se “adquiere”, sin darse cuenta a ve-

ces, por medio de las costumbres, y el carácter ético se “conquista” con muchos esfuerzos, por medio de las costumbres. Todos tenemos un *ethos*; la cuestión radica en si es moral o ético, si es impuesto y adquirido sin conciencia alguna, o si es deliberadamente elegido y si hemos luchado por él.

Pero, ¿qué implicaría todo esto para el médico que debe tomar una decisión ética? Él toma decisiones en forma constante independientemente de que tenga o no conocimientos sobre la ética. El problema es que, en muchas ocasiones, por no comprender bien la distinción entre ética y moral puede tomar decisiones morales y no decisiones éticas. Es decir, en lugar de pensar por cuenta propia y plantearse el conflicto a sí mismo, suele reaccionar de manera casi mecánica y seguir las normas establecidas, sin cuestionarse si está o no de acuerdo con ellas y sin preguntarse si en verdad esas normas son las correctas.

ABORTO Y EUTANASIA

Pensemos en dos casos extremos para ejemplificar concretamente todo lo dicho: el aborto y la eutanasia. En el caso del aborto, la literatura ofrece un ejemplo clarísimo de la diferencia entre la respuesta ética y la respuesta moral a un conflicto médico, en la novela de John Irving, *The cider house rules*. Esta obra nos presenta a un médico viejo que se encarga de un orfanato rural, al que llegan a parir y dejar a sus bebés básicamente mujeres con embarazos no deseados. Pero, a la vez, el médico atiende en el mismo lugar a las que desean interrumpir su gestación.

A la larga, un huérfano que nunca fue adoptado lo auxilia y aprende lo que el viejo maestro le enseña de medicina de modo completamente empírico. Pero el joven se niega a encargarse de abortos, atiende únicamente partos y auxilia en el cuidado del orfanato. La obra de Irving gravita en torno a esta dicotomía: ¿puede ser ética una persona inmoral? La respuesta es, por supuesto, afirmativa. El joven huérfano se da cuenta de ello cuando al dejar el orfanato para trabajar como recolector de manzanas en un huerto, se ve obligado a ayudar a abortar a una adolescente violada por su padre. Es entonces cuando comprende que las reglas escritas por la sociedad han sido elaboradas por personas que no han vivido el verdadero conflicto de lo que implica un embarazo no deseado, y regresa al orfanato a suplir al ya muerto viejo maestro. A veces, pues, hay que transgredir normas morales por reglas más elevadas, que tienen un valor ético muy superior al de aquellas que se están transgrediendo.

Lo que sucede al enfrentar un conflicto como el aborto es que el médico, en un primer momento, suele aferrarse a sus creencias más originarias y básicas. Si su educación ha sido católica, como sucede en gran porcentaje en nuestro país, difícilmente puede aceptar el aborto, pues se trata de una acción no aprobada por la Iglesia. De modo que si quiere ser moralmente bueno para la congregación católica, no debe cuestionar nada con respecto al aborto ni llevarlo a cabo. El costo es dejar de ser ético, quitarse a sí mismo la posibilidad de pensar por cuenta propia y decidir en qué caso sí está de acuerdo y en qué caso no. Cuando elige la opción de ser ético, de hacer lo que éticamente considera correcto de acuerdo con sus principios, debe tener claro cuáles son éstos y cuestionar si son los que en verdad desea. Hacer esto es salir del ámbito moral e ingresar en el ético.

¿Cómo clarificar los propios principios? No son las creencias morales o éticas de un individuo, sino lo que sustenta dichas creencias; son los valores básicos de toda persona. Todos tenemos, lo sepamos o no, ciertos principios o valores básicos que muchas veces desconocemos. Para saber qué principios nos regulan es necesario inquirir hacia el fondo de uno mismo, esto es, conocerse a sí mismo por medio de la deliberación. Podríamos decir que los principios son como los cimientos de un edificio: éste se ve, mientras que sus cimientos no están a la vista, y sin embargo lo sostienen. En el caso del actuar humano, lo que vemos son las acciones y no los principios que las sustentan. El individuo debe indagar en sí mismo y cuestionarse por qué dice “sí” o “no” a algo, y si su cuestionamiento es profundo llegará a ser consciente de esos principios que le llevan a actuar.

Ahora bien, en el caso del aborto deberíamos comenzar por pensar si en verdad alguien puede estar simplemente “a favor” de él, como se está a favor de cualquier otra cosa. Se está a favor de algo que se desea, y nadie desea un aborto. En ese sentido nadie está a favor del aborto en sí mismo, esto es: nadie diría “voy a embarazarme para poder abortar”. Tenemos entonces un problema mal planteado: no se trata de estar a favor o en contra del aborto, sino de estar a favor o en contra de la libre decisión de las mujeres sobre sus embarazos. Se trata de decidir si se es capaz de respetar por igual a la mujer que decide llevar a cabo su embarazo, que a aquella que decide interrumpirlo.

El aborto como tal no es un hecho agradable en la vida de una mujer, nadie lo desea, es una medida extrema que algunas requieren tomar por problemas de salud, económicos o existenciales. Pero ninguna desea embarazarse para abortar, insisto: nadie está a

favor del aborto, de lo que se trata es de respetar la decisión de una mujer sobre su embarazo. Yo puedo no aceptar abortar, pero lo que no puedo es pretender que toda mujer piense como yo.

Y a la inversa: yo puedo aceptar abortar, pero no puedo pretender que toda mujer piense como yo. En todo caso, el aborto es una decisión que cada mujer debería tomar en su intimidad. ¿Y los hombres? A ellos les toca lo más difícil de lograr: el respeto. Un hombre puede estar o no de acuerdo con el procedimiento, pero no puede obligar a una mujer a hacer con su cuerpo lo que ella no quiere, sea un aborto o un embarazo. ¿Y los médicos? Ahí es donde el aborto, como dilema ético, adquiere mayor complejidad.

En el caso particular de la acción médica, la decisión sobre el aborto se complica. Pero quizá ayude el recordar los tres pilares del cuestionamiento ético: deliberar la cuestión por medio de la razón y no de sentimientos; pensar por cuenta propia sin hacer caso de lo que diga la mayoría, y no ser nunca injustos. Por ello un médico debería plantearse el problema del aborto caso por caso y de ninguna manera tener un prejuicio radical, un sí o un no totales ante esta cuestión. Caso por caso, pensar racionalmente. Caso por caso, no tomar en cuenta la opinión de la mayoría. Caso por caso, no ser nunca injusto.

Y aquí sí debemos decir que resulta imposible no ser injustos cuando se obliga a una mujer a hacer con su cuerpo lo que ella no quiere o no puede hacer. Ese es el problema fundamental que enfrenta un médico ante el aborto: si impulsar a una mujer a hacer lo que no quiere –continuar un embarazo y no interrumpirlo– está siendo injusto. Y sin embargo, un médico puede aceptar o no aplicar el procedimiento para abortar, porque tiene todo el derecho de sostener sus convicciones. Pero la verdadera postura ética no es la que sostiene una u otra convicción, sino en primer lugar la que es capaz de saber por qué se tiene esa convicción, qué razones la sostienen, y en segundo lugar, la postura ética es aquella a la cual su propia convicción no le incapacita para respetar las posturas de los demás. “Podré no estar de acuerdo con lo que dices, pero daría mi vida por defender el derecho que tienes para decirlo”, decía Voltaire.

La clave está, insisto, en el respeto. Pero el médico no puede limitarse a respetar calladamente: tiene que ejercer o no ejercer cierta acción que se torna cómplice de la decisión de la mujer. La pregunta ética en esos momentos no es para el médico “¿qué quiero hacer?”, sino “¿qué debo hacer y por qué debo hacerlo?”. ¿Debe el médico respetar la voluntad de su paciente y realizar el aborto aun si está en desacuerdo?

Me parecería difícil pedirle eso. Y no obstante, si como médico se ha cuestionado y ha decidido que no puede aplicar el procedimiento, su obligación para con el respeto necesario en toda ética es velar porque su paciente encuentre la mejor opción para proceder con el aborto.

Otro tema igualmente difícil es el de la eutanasia. El término proviene de la raíz del griego antiguo que llamamos *eu* (buena) *thanasia* (muerte), es la muerte deliberadamente elegida cuando ya no se puede seguir viviendo con calidad de vida. Así, eutanasia es el acto médico que se lleva a cabo a petición del paciente o de su representante más cercano para hacer la muerte más fácil y rápida, y menos dolorosa, cuando ésta resulta ya inevitable.

Aclaremos, pues, que la eutanasia no es la ortotanasia, la cual consiste en dejar que la muerte llegue cuando tenga que llegar, sin provocarla, pero sin prolongar la vida por métodos artificiales. Y también hay que distinguirla de su opuesto: la distanasia, que es el acto de evitar la muerte –y prolongar la vida– cuando se aplica a enfermos que ya nunca más se recuperarán. Es irónico que se acepte más la ortotanasia que la eutanasia, cuando finalmente la ortotanasia implica dejar que la muerte llegue lenta y dolorosamente, sin hacer nada por quitarle esa carga al enfermo. Y algunos casos de distanasia en la historia han sido verdaderamente sádicos, no por la intención, pero sí por los resultados. El uso de la tecnología se torna así contra el mismo paciente y prolonga su sufrimiento, como si lo mejor fuera una vida larga y no una vida buena.⁵

El médico que desea actuar éticamente ha de preguntarse si su deber es sanar y prolongar la vida en cualquier estado, o sanar y propiciar una vida con calidad. Tal como decíamos con respecto al aborto, el problema de la eutanasia radica en que cualquier pronunciamiento en torno a su pertinencia o impertinencia se fundamenta en valores básicos que muchas veces son desconocidos para el propio individuo. Y por lo mismo los tres principios platónicos vuelven a presentarse como vigentes: no ser nunca injustos, pensar por cuenta propia y ser racionales. Pero insisto: el tratamiento de estos temas resulta más complejo para el médico que para cualquier otra persona. Porque un médico que considere deseable la eutanasia para sí mismo no tiene ningún derecho de imponérsela a sus pacientes, en la misma medida en que el que la considere indeseable tampoco puede imponer sus valores y prohibírsela o impedírsela a sus pacientes.

Cada individuo quiere para sí algo muy específico, y como hay quienes consideran que aceptarían vivir la vida hasta el fin en estado tetrapléjico, hay quienes

consideran que no desean vivir así. Ambas posturas son igualmente respetables y nadie debería imponer su propia valoración de la vida a otro. Y por eso mismo, cada individuo sabe lo que entiende por "calidad de vida". No existe una definición matemática, única y precisa sobre lo que es la "calidad de vida".

Todos los debates sobre lo que significa no existirían si volviésemos a leer la *Ética nicomaquea* de Aristóteles. En ella este filósofo muestra que lo que es bueno para uno puede ser malo para otro, o incluso lo que es bueno para un individuo aquí y ahora puede ser malo en un futuro. El alimento que es bueno y suficiente para Milón, dice Aristóteles, sería demasiado para otro y hasta lo mataría. El alimento que requiere un individuo sano difiere del que requiere esa misma persona cuando enferma. De ello deduce que en la ética debemos estar siempre en un constante análisis de la situación actual, de las circunstancias de cada caso. Y claro, si hablamos de calidad de vida, lo que para uno es aceptable, para otro puede resultar el peor de los mundos posibles: cada quien tiene el derecho de decidir, junto con el médico especialista, si su vida tiene o no la calidad necesaria para vivirla.

Pero habrá quien se pregunte: ¿para qué pensar en la eutanasia si finalmente, pensemos lo que pensemos, está legalmente prohibida? Y de hecho, ¿cómo no censurarla si está prohibida por las leyes que nos gobiernan? Podríamos responder a este tipo de cuestionamientos al menos de dos maneras distintas, que no se excluyen mutuamente, sino que se complementan. En primer lugar, esta es una discusión necesaria precisamente porque se trata de una práctica prohibida. Ya Kant decía que las prohibiciones de una sociedad nos hablan de aquello a lo que tiende esa sociedad.

Si existe la prohibición, es que existe la práctica de ese hecho. Así, si la eutanasia no fuera una tendencia en ciertos momentos de la vida, no sería necesario prohibirla. Pero es un hecho que la eutanasia existe, pues existen la palabra y la prohibición: por eso es necesario discutir el tema. La segunda respuesta al para qué de estas discusiones sobre una práctica legalmente prohibida atañe de manera particular a los médicos. Esa respuesta la ofrece la experiencia de los Países Bajos, en donde en 1971 una médica, de nombre Geertruida Postma, decidió terminar con el dolor de su propia madre, quien se encontraba internada en una clínica en estado parcialmente paralítico, sorda y sin habla.

Cabe señalar que su progenitora, cuando aún podía hablar, le había pedido la eutanasia a su hija y había intentado sin éxito quitarse la vida. La doctora Postma, en un primer momento, se negó a aplicar la

eutanasia, pero con el tiempo, al ser testigo del dolor de su madre, le inyectó una dosis mortal de morfina y de inmediato informó sobre su acción al director del hospital, el cual también de inmediato lo comunicó a la policía. Fue el juicio de este "crimen" lo que provocó que otros médicos expresaran su solidaridad con la doctora Postma: aceptaron así públicamente haber llevado a cabo esta práctica.

A raíz de este hecho, el gobierno reaccionó, la opinión pública despertó y se inició un gran debate. El gobierno reconoció que la eutanasia era un hecho que sucedía y requería regularse, ya que era peligroso que continuara llevándose a cabo en la clandestinidad.⁶ Es así como hoy día en los Países Bajos la eutanasia se encuentra regulada y en ciertas circunstancias y con ciertos controles es factible llevarla a cabo.

Hoy por hoy, el médico no puede esperar a que el país se ponga de acuerdo en un código actualizado y adecuado para el mundo en que vivimos, con su tecnología y sus avances científicos. De hecho, cada médico tiene siempre un código que constantemente aplica al tomar decisiones. Lo deseable desde la ética es que ese código personal no incluya creencias individuales de índole moral o religiosa que imponga a sus pacientes. La moral y la religión son válidas en lo individual, pero no pueden imponerse a los demás.

Es por eso que todo código ético social debe considerar el respeto a los valores personales de cada individuo. Y el médico debe intentar hacer a un lado sus propias creencias, tanto religiosas como morales, para primero cuestionarse y pensar por sí mismo cuál es su posición con respecto a este tema, pero también para estar consciente de que no debe imponer su postura a los que piensan de manera diferente. En resumen, una actitud ética en medicina es aquella que no impone al paciente su religión, ni su moral, y ni siquiera su ética. Debe orientar médicamente al enfermo, inducirlo a considerar las diversas posibilidades para su situación y respetar la forma de pensar de cada quien.

Y es que cuando de ética médica se trata los temas se tornan complejos y delicados, porque lo que se encuentra en el fondo es el valor de la vida. Ya Tony Morrison pinta en su *Beloved* una situación extrema en la cual una madre prefiere matar a su pequeña bebé antes que entregarla a quienes la esclavizarán. Esta madre sabe que su hija será mal alimentada, golpeada, vejada, violada; que su vida será un martirio, como lo ha sido la de ella. Por eso huye embarazada: no para salvarse, sino para salvar a su hija. En plena huida, pare una pequeña bebé, y en cuanto es atrapada, la degüella. No voy a juzgar esta acción; simplemente, en su novela Morrison quiso hacer ver que

hay algo más valioso que la vida: la vida en libertad, la vida sin esclavitud.

Matar a un recién nacido nos presenta un caso extremo sobre el cual todos sentimos de manera inmediata horror y espanto. Pero lo que a Tony Morrison le interesaba mostrar es que no cualquier vida es digna de ser vivida. Una vida en esclavitud, llena de dolor y humillaciones, no es digna de ser vivida. Y eso tendríamos que pensar cuando hablamos de aborto y eutanasia: la vida de los bebés que nacen en la calle, ¿va a ser digna de ser vivida? Si una adolescente sin padres, sin hogar, que vive en la calle, pide un aborto, ¿no debería brindársele ayuda? Y aquel que desahuciado ya no puede más y pide morir en paz, ¿no merece ser ayudado?

El conflicto ético, como ha podido apreciarse, no es entre lo que se "quiere" y lo que se "debe": es un conflicto de deberes que ofrece sus razones. No se trata de decir "quiero hacer 'x', pero debo hacer 'y'". Se trata de preguntar "¿qué debo hacer y por qué debo hacerlo: 'x' o 'y'?". No importa qué quiero yo hacer con la vida de mi paciente o qué deseo hacer con la

vida de mi ser querido, sino cuál es mi deber, qué debo hacer en este momento para actuar bien desde un punto de vista ético. Por lo anterior, para pensar éticamente es necesario, ante todo, pensar más allá de las creencias religiosas y de los dogmas.

La fe y la religión merecen todo el respeto mientras no se impongan a los demás: resulta injustificable que un Estado tome decisiones colectivas uniformes en temas como éste, ya que cada persona, de manera individual, tiene juicios, convicciones y valores que determinarán su deseo para el final de su vida. El papel del Estado laico debería ser el de permitir que cada individuo tomase la decisión que le fuera más propia, con respeto a sus creencias ideológicas o religiosas. En casos como el del aborto o la eutanasia es inadmisibles que la decisión final sea impuesta a la persona que debería decidir por sí misma.

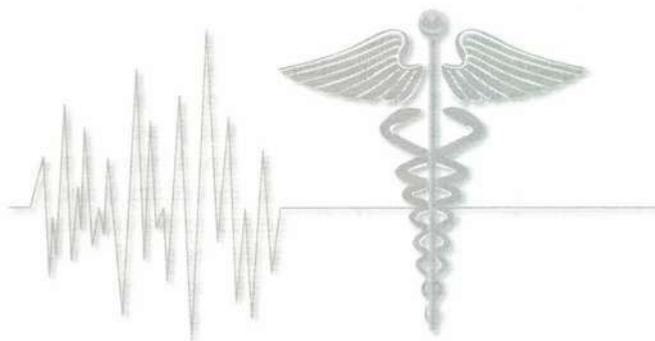
El médico, pues, ha de replantearse si su deber es ejercer la medicina para el bien de sus pacientes o para el bien de su conciencia moral. Y cualquier decisión que tome es respetable, siempre que sus propias decisiones no le invaliden para respetar a los demás.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Homero, *Iliada*, xxiii, 702-707.
2. Homero vivió en el siglo VIII antes de nuestra era, hace 28 siglos. Escribía sobre sagas provenientes del siglo XII, hace 32 siglos, que a su vez narraban leyendas de sucesos que habían tenido lugar en el siglo XV: hace 35 siglos. Cfr. Albin Lesky, *Historia de la literatura griega*, Gredos, Madrid, 1989, o Eggers Lan, *El concepto del alma en Homero*, apuntes inéditos.
3. El término *eethos* aparece aquí con una doble "e": como se verá, esto resultará fundamental para comprender sus múltiples significados.
4. Esto es: con una vocal doble por una sencilla: ya no es *eethos*, sino *ethos*.
5. Cfr. Víctor Méndez Baiges, *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*, Trotta, Madrid, 2002.
6. Cfr. Asunción Álvarez del Río y Arnoldo Kraus, "Eutanasia", en revista *Nexos*, 343, págs. 53-57, julio de 2006.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez del Río, A. y Graus, A., "Eutanasia", revista *Nexos* 343, 2006.
 Eggers, L., *El concepto del alma en Homero*, apuntes inéditos.
 Heidegger, M., *El ser y el tiempo*, Trotta, Madrid, 2003.
 Homero, *Iliada*, Gredos, Madrid, 1991.
 Lesky, A., *Historia de la literatura griega*, traducción española de José M. Díaz Regañón y Beatriz Romero, Gredos, Madrid, 1985.
 Méndez, V., *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*, Trotta, Madrid, 2006.
 Nietzsche, F., *La genealogía de la moral*, Alianza, Madrid, 1988.
 Rivero, S. O., *Ética en el ejercicio de la medicina*, Editorial Médica Panamericana, México, 2006.



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.

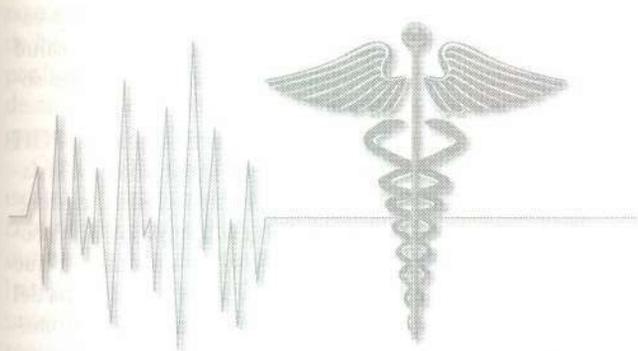
Un problema más que ha crecido durante los últimos años y que es responsabilidad oficial el establecer normas para contenerlo es el hecho de que la publicidad de productos directamente a los posibles pacientes a través de medios de comunicación masiva podría ser útil para orientar la medicación que las 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-capitulo11.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.

7. Pérez, T. y Kretchmer, R., "La estructura de la práctica médica actual", en Rivero, O. y Tanimoto, M. (dirs.), *El ejercicio actual de la medicina*, Siglo XXI, Fac. de Med., UNAM, México, 2000.
8. *El protomedicato*, comunicación personal.
9. Percival, T. P. (1803), *Medical ethics, or a code of institutes and precepts adapted to the professional conduct of physicians and surgeons*, Williams and Wilkins, Filadelfia, 1927.
10. Beauchamp, T. L. y Childress, J. F., *Principles of biomedical ethics*, 5a. ed., Oxford University Press, Nueva York, 2001.
11. Engelhardt, H. T., *The foundations of bioethics*, Oxford University Press, Nueva York, 1996.
12. Rivero, S. O. y Durante, I., "Ética en la medicina actual", enviado para publicación en *Gac. Méd. Méx.*, enero de 2007.
13. Cruess, R. J. y Cruess, S. R., "Teaching medicine as a profession in the service of healing", *Academic Medicine*, **72** (11), 1997.
14. Carrese, J. A. y Sugarman, J., "The inescapable relevance of bioethics for the practicing clinician", *Chest*, **130** (6), 2006.
15. Suter, R. E., "Organizational ethics", *Emergency medicine clinics of North America*, **24** (3), 2006.
16. Hall, Robert T., *Healthcare organizational ethics*, Oxford University Press, Nueva York, 2000.
17. Wayne, T. B., "Developing an ethics curriculum for an internal medicine residency program: use a needs assessment", *Teach Learn Med.*, **16** (2):197-201, 2004.
18. Durante, I., Rivero, S. O., Sánchez, R. G., Curso en línea *Aplicación del razonamiento ético en la clínica*, en <www.fmposgrado.unam.mx>.
19. Vilar, P., comunicación personal, 2006.
20. Marinelli, A. M., "Can regulation improve safety in critical care", *Critical Care Clinics*, **2**:175, 1960.
21. Iserson, K. V., "Ethical Principles-Emergency Medicine", *Emergency Medicine Clinics of North America*, **24** (3), 2006.
22. Plonk, W. M., "Terminal care: the last weeks of life", *J. Palliat. Med.*, **5**:1042-1054, 2005.
23. Carrese, J. A., "Refusal of care: patients' well-being and physicians' ethical obligations: 'but doctor, I want to go home'", *JAMA*, **296** (6):691-695, 2006.
24. Tucker, A. M., "Ethics and the professional team physician", *Clinics in Sport Medicine*, **23** (2), 2004.
25. Fisher, A. L. y Hill, R., "Ethical and legal issues in antiaging medicine", *Clinics in Geriatr. Med.*, 2004.
26. Solomon, R. C., "Ethical issues in medical malpractice", *Emergency Medicine Clinics of North America*, **24** (3), 2006.
27. Rivero, S. O., *Medicina no equitativa. Situación en México*, ETM- Fac. de Med., UNAM, México, 2006.
28. Rosenthal, M. B., Berndt, E. R., Donahue, J. M. y cols., "Promotions of prescription drugs to consumers", *New Engl. J. of Med.*, **346** (7):498-505, 2002.



Capítulo 7

Nacer y morir: medicina y bioética

ALICIA HAMUI SUTTON
JOSÉ HALABE CHEREM

MEDICINA GENÓMICA

La medicina en el siglo xx, además de curativa, pasó a ser preventiva y hoy asistimos a la posibilidad de que sea predictiva. Los desarrollos en la genómica y la biología molecular permiten detectar herencias somáticas por medio de la lectura de la composición cromosómica de los individuos en el núcleo de sus células. Los descubrimientos genéticos han venido a replantear la forma de diagnosticar y abordar las enfermedades, así como las estrategias terapéuticas adecuadas a los nuevos conocimientos acerca del funcionamiento del cuerpo humano. No obstante, los avances científicos plantean nuevos desafíos en otras áreas de la experiencia personal y colectiva, ya que trastocan las creencias, los comportamientos, las prácticas y las representaciones sociales que comparten los grupos humanos.

Las leyes deben repensarse para regular las interacciones y las responsabilidades de las decisiones de unos sobre los otros; los sistemas filosóficos y las concepciones del ser humano también tienden a replantearse en cuanto a las posibilidades y limitaciones relacionadas con la vida y la muerte; las sociedades deben replantear las estructuras básicas de ordenación, como el parentesco, ante el surgimiento

de nuevas configuraciones familiares surgidas de las nuevas formas de paternidad y maternidad; en fin, las personas tendrán que preguntarse por su identidad a partir de su información genética y definir su forma de vida con base en ella.

Los descubrimientos genéticos, hoy más que nunca, apuntan a profundizar el proceso de medicalización, según el cual existe una tendencia creciente de la medicina moderna a convertirse en un paradigma dominante que influye en todos los aspectos de la vida cotidiana hasta constituirse en el principal referente cultural, ideológico y cognoscitivo que los individuos utilicen para interpretar su circunstancia.

EL MAPA DEL GENOMA HUMANO

El proyecto del genoma humano (PGH) se ha considerado el parteaguas del conocimiento biomédico gracias a la ingeniería electrónica. La idea de crear un mapa genético humano surgió a principios de la década de 1930 con los elementos científicos y tecnológicos de que se disponía en ese entonces. Hasta fines de 1970, la localización de los genes en los distintos cromosomas sólo era posible por medio de técnicas convencionales de cruza genéticas, según los principios mendelianos, por lo que la comprensión molecular de los padecimientos hereditarios era imposible.

No obstante, la descripción del polimorfismo genético, es decir, la secuencia de las bases púricas y pirimídicas de un gen determinado que varía de un individuo a otro, vino a cambiar por completo la comprensión de la genética, sobre todo con el entendimiento de las proteínas denominadas enzimas de restricción, que separan las moléculas de ADN en sitios con ciertas secuencias de base. Los polimorfismos fueron estudiados en varias generaciones de familias específicas donde se detectó que en los mismos cromosomas había formaciones genéticas similares. Este fue el principio de los descubrimientos genéticos más precisos, independientemente de las fórmulas mendelianas.

Desde entonces se logró identificar los genes mutantes de la enfermedad de Huntington y de la mucoviscidosis. En este último caso, se localizó el gen y se demostró que la proteína transmembranal que codifica y que participa en el transporte de iones de cloro sufría mutaciones, o sea, contenía tres bases menos que la normal, por lo que la proteína que codificaba no era funcional por la falta de un residuo de fenilalanina. Los investigadores intentaron descubrir padecimientos genéticos mediante el análisis de otros marcadores de polimorfismos de ADN, pero no contaban con el número suficiente de ellos para localizarlos genéticamente en ciertos cromosomas, y mucho menos para asignarles un breve segmento de ADN y pretender clonarlos.

A partir de estas experiencias frustrantes, se consideró que lo óptimo era conocer la secuencia completa de la molécula humana normal de ADN y a partir de ahí buscar y comparar las secuencias anormales. En la década de 1980, los avances técnicos computacionales y los métodos de análisis electrónicos permitieron que este objetivo fuera viable. El proyecto tardaría 15 años en implementarse y se llevaría a cabo en dos etapas: en la primera se coleccionaría el mayor número de marcadores de polimorfismos de ADN, y en la segunda se procedería al arreglo secuencial de los segmentos clonados de ADN en grupos grandes con traslaje.

El PGH se convirtió en uno de los planes multimillonarios más notables en la historia de la ciencia. Para este proyecto se establecieron alianzas entre diversos organismos, como el Departamento de Energía de Estados Unidos de América, interesado originalmente en las mutaciones genéticas causadas por las radiaciones, y los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health [NIH]), que tradicionalmente financiaban los proyectos federales relacionados con las ciencias de la vida. El PGH fue posible por la asociación entre la genética y el entendimiento de las enferme-

dades. Esto lo volvió una exploración aceptable y valiosa, al mismo tiempo que imperativa, pues la salud y la prevención de los padecimientos son valores sociales incuestionables.

Los protagonistas promovieron activamente el PGH destacando su utilidad en el área del cuidado a la salud, de la prevención de las enfermedades, el diagnóstico y los tratamientos. Sin embargo, las hipérbolas de la retórica se extendieron de tal manera que incluso se comparaba el descubrimiento del mapa del genoma humano con el del Santo Grial, con la promesa de enseñarnos lo que es el ser humano realmente, como si el destino estuviera escrito no en las estrellas sino en los genes.

Los científicos utilizaron los medios de comunicación para promover el proyecto y lograr financiamientos, con lo que se elevaron las expectativas del público y las políticas de gobierno. No obstante, hubo cuestionamientos en cuanto a la posibilidad de crear "ghettos genéticos" y facilitar el diseño humano manipulando los genes. Otros compararon al PGH con un regateo faustiano, y consideraron esta búsqueda del conocimiento y el dominio como una actitud de negación arrogante de nuestras limitaciones humanas, que podrían llevar a la inhumanidad. En 1989 se creó en Estados Unidos el Centro Nacional para la Investigación del Genoma. Al año siguiente se puso en marcha el proyecto de investigación del genoma humano con la participación de un consorcio internacional de laboratorios subvencionados con dinero público.

La finalización del proyecto fue prevista para 2010; no obstante, hacia 1994 los avances técnicos y la automatización de los diferentes procesos del laboratorio genómico, entre ellos la secuenciación del ADN, permitieron adelantar el plazo previsto. El 26 de junio de 2000, el entonces presidente de Estados Unidos, Bill Clinton, y el primer ministro británico, Tony Blair, anunciaron públicamente la cumplimentación del borrador del genoma humano. Los datos que se publicaron en la red virtual en 2001, convirtieron al descubrimiento en propiedad pública o patrimonio de la humanidad, lo que impidió la tentación de privatizar el conocimiento del genoma.

Una de las conclusiones más sorprendentes del estudio sobre el genoma humano se refiere al número de genes. Antes de empezar la investigación se especulaba que el de genes humanos oscilaba entre 100 000 y 150 000. Ahora se estima que son aproximadamente 35 000, cantidad similar a la que poseen, por ejemplo, los ratones, y sólo el doble de los que tienen las lombrices. La investigación ha confirmado también que 95 % del ADN del genoma no es codificante, es decir,

no contiene información y, por tanto, no forma parte de los genes.^{1,2} Este ADN "basura" está constituido por fragmentos de ADN inactivo desde hace millones de años, que venimos arrastrando de generación en generación.

Otra de las conclusiones interesantes es que no existen argumentos genéticos para justificar el concepto de raza humana, pues las coincidencias entre distintos grupos étnicos son de 99.9 % de sus pares de bases. El restante 0.1 % marca las diferencias entre unos y otros. Incluso personas de grupos étnicos diferentes tienen más genes en común que individuos del mismo grupo.³

Con el descubrimiento del mapa del genoma humano se han encontrado asociaciones entre genes y enfermedades, entre ellas el cáncer de mama y el de próstata, la hemocromatosis, la enfermedad maniaco-depresiva, la obesidad y la diabetes mellitus. Se calcula que más de 6000 padecimientos tienen origen hereditario, aun cuando no se han identificado todavía todos los genes causantes.⁴ Aunque ya se conoce la estructura genética completa del ADN, no se sabe aún cómo leer todos esos códigos, cómo distinguir de otras las proteínas codificadas por los genes, cómo identificar los diversos marcadores polimórficos generados por los cerca de 35 000 genes que el ser humano posee, cómo establecer la función o las funciones que cada una de esas proteínas desempeñan, y cómo comprender los mecanismos de coordinación de las múltiples funciones del organismo.

Sin duda, los genes influyen en la manera en que los organismos responden ante el ambiente y otros agentes externos a la enfermedad, como infecciones e intoxicaciones; en la medida en que los mecanismos encargados de tal intervención se vayan descifrando podrá verse la posibilidad de utilizarlos positivamente.

A partir de estos descubrimientos, en el siglo XXI se logró el primer embrión humano clonado, se secuenciaron los genes del parásito causante del paludismo (*Plasmodium falciparum*) y se sintetizó el polivirus.⁵ En 2002 se anunció la creación de un virus sintetizado artificialmente, utilizando sólo moléculas orgánicas y la definición de la secuencia de los aminoácidos tomada de la información en la red (Internet). La síntesis del polivirus, aunque pequeño y relativamente sencillo comparado con la mayor parte de los virus, perfila un futuro en el que cualquier organismo pueda ser sintetizado, siempre que su secuencia genética sea conocida, generando nuevas formas de vida.

El conocimiento genético puede utilizarse con una variedad de objetivos. El más recurrente es el de su uso en el área médica para diagnosticar y tratar en-

fermedades. El número de padecimientos que pueden diagnosticarse mediante las pruebas genéticas es cada vez mayor y muchos de ellos se derivan de los resultados del PGH, aunque hay que aclarar que las pruebas genéticas frecuentemente se emplean no para tratar una enfermedad, sino por la probabilidad de ella. Es importante recordar que los trastornos genéticos se manifiestan en grados distintos de gravedad, lo que no se expresa en la información genética; sin embargo, es innegable que la genómica ha contribuido significativamente a elevar las capacidades diagnósticas de la medicina.

PRUEBAS GENÉTICAS

En ocasiones, un diagnóstico genético se acompaña de una intervención terapéutica con el fin de limitar los efectos de la enfermedad, aun cuando no sea posible curarla. El diagnóstico genético, sobre todo en los programas generales de exámenes, se vincula con temas ligados al consentimiento y la confidencialidad.⁶ Las pruebas tradicionales de laboratorio se han complementado con pruebas genéticas de proteínas y enzimas específicas relacionadas con la actividad genética y con el análisis de los cromosomas.

Estas pruebas genéticas personales se promueven para encontrar portadores de enfermedades, en diagnósticos prenatales, exámenes a los recién nacidos, exámenes presintomáticos para trastornos en la edad adulta, como la enfermedad de Huntington y la de Alzheimer o ciertos tipos de cáncer, o para verificar la identidad o paternidad de alguien. Uno de los problemas con estas pruebas genéticas comerciales es que suelen identificar a los portadores de enfermedades que pueden no desarrollarse nunca por la interacción con otros genes o con factores ambientales. En este sentido, una de las limitaciones más serias de las pruebas genéticas de laboratorio es la dificultad que los usuarios tienen para interpretar los resultados positivos sin la guía de los conocimientos médicos.

A medida que más pruebas se vuelven accesibles, hoy ya se puede realizar la secuenciación genómica personal,⁷ se cuestiona la utilidad de las habilidades expertas de los médicos y surgen preguntas como éstas: ¿serán los médicos, u otros trabajadores de salud especialmente capacitados para interpretar los datos genómicos, quienes darán consejos personales?, ¿la preocupación por la privacidad llevará a los individuos a mantener sus datos genómicos protegidos con métodos de seguridad en su computadora personal y a usar programas de búsqueda de secuenciación para detec-

tar enfermedades que puedan ser obtenidos de Internet?;⁸ ¿las personas tienen derecho a la información genética de su pareja?

Más allá de eso, como resulta con frecuencia, si un diagnóstico genético no viene acompañado de una opción terapéutica para manejar o tratar la enfermedad, el diagnóstico puede incrementar la ansiedad en lugar de aliviarla y, peor aún, estigmatizar a la persona. Así, el uso del conocimiento genético y las intervenciones pueden resultar moralmente apropiadas o inapropiadas.

La ambigüedad vinculada con las pruebas genéticas muestra, por un lado, el asombro ante las potencialidades tecnológicas y, por otro, la preocupación por las consecuencias éticas en el manejo de la información. Las personas ahora se preocupan por sus “predisposiciones” a enfermarse, y con las últimas y más refinadas tecnologías diagnósticas es posible conocer el genoma completo de un individuo en menos de 30 minutos mediante una máquina especializada (GenEngine) que requiere sólo de una gota de sangre. El sistema podrá secuenciar el ADN y leer billones de pares de bases combinando la nanotecnología, la microbiología y la bioinformática, hasta completar el genoma.

Todas las personas podrán tener su secuenciación genética como parte de su expediente médico y su historia clínica. No habrá más exámenes intrusivos, pruebas que requieren mucho tiempo o intervenciones terapéuticas, ni efectos secundarios. Los medicamentos estarán diseñados según objetivos genéticos específicos, esto es, las compañías farmacéuticas podrán adaptar los productos a cada persona. El tiempo se reducirá en un mundo de gran velocidad, viviremos más, seremos más eficientes, nos sentiremos más sanos y nos preocuparemos menos en la medida en que tengamos mayores conocimientos.

Sin embargo, lo que la tecnología no resuelve son todos aquellos asuntos éticos relacionados con la era genómica, como las cuestiones de la privacidad, el consentimiento, el acceso a la información, el significado de la información predictiva para las familias y los sujetos, y los problemas de discriminación por aseguradoras, empleadores y otros interesados. La pregunta clave es: ¿quién tendrá la información?, ¿dónde estará guardada y quién tendrá la llave?⁹

Con el conocimiento del ADN se ha generado la impresión pública de que la respuesta a muchas preguntas se encuentra en los genes. Sitios de Internet ofrecen descripciones de nuestra historia ancestral con base en el ADN, así como la posibilidad de realizar pruebas de enfermedades genéticas específicas, o perfiles generales destinados a recomendar cambios en el estilo de vida, en los hábitos de alimentación, etc.,

para reducir los riesgos. Las oportunidades de saber sobre el ADN se expanden y afectan la manera en que se construyen las identidades personales. Habría que estar alertas acerca de las interpretaciones que de nosotros mismos podemos hacer a partir de los resultados de pruebas que no hayan sido validadas o de las válidas mal analizadas, así como de la privacidad en el manejo de la información.

Durante los últimos años han surgido compañías privadas que colectan y analizan muestras de ADN por medio de hospitales o directamente de pacientes, por Internet, con el propósito de venderla a investigadores, de tal modo que la relación entre los pacientes y los investigadores se convierte en comercial. Las preguntas que surgen tienen que ver con los derechos de propiedad y la privacidad de la información, así como con la autonomía del sujeto para disponer de sus propios datos genéticos y con ellos mantener el control de sí mismo. Se requieren entonces nuevas reglas que fortalezcan medidas como el consentimiento informado y limiten el manejo ajeno de la información personal, sobre todo en las muestras almacenadas. De ahí que las muestras deban ser destruidas después de haber sido colectadas para un propósito específico, a menos de que se cuente con el consentimiento explícito de la persona afectada.¹⁰

La interrogante que surge inevitablemente es: ¿querrán los pacientes ese tipo de pruebas genéticas? Muchos estarán muy dispuestos, otros desearán información relevante para sus preocupaciones médicas inmediatas, otros más estarán tentados por la promesa del autoconocimiento, pero incluso en los casos en que las pruebas genéticas sean por petición de los pacientes, se puede cuestionar la autonomía de dicha acción. En una sociedad tecnológicamente medicada, los valores, los intereses y los deseos son cultivados por aquellos que controlan la tecnología, y estos últimos están motivados por el lucro. Cuando los investigadores logran romper las barreras tecnológicas, el enfoque de sus posibles aplicaciones tiende a cambiar, las tecnologías no se restringen a los fines terapéuticos e incluso muchas veces las aplicaciones originales tienden a no realizarse.

En su lugar, las tecnologías descubiertas pueden ser accesibles y utilizadas por el mercado según sus intereses. Una vez que las tecnologías son accesibles, las industrias biotecnológicas deben encontrar una aplicación y crear en la sociedad la necesidad y el deseo por el producto ofrecido. Con el tiempo, ciertos inventos tecnológicos se convierten en componentes estandarizados del cuidado médico, aunque no provean beneficios significativos. De esta manera, los individuos

pueden encontrarse a sí mismos sometidos a prácticas tecnológicas que no siempre sean de su interés.

Aunque son muchos los factores que orientan la investigación genética, el ímpetu fundamental rebasa la medicina en sí misma, esto es, el deber moral, la obligación y la convicción de aliviar el sufrimiento, de curar las enfermedades humanas, cuando se tiene la capacidad y la libertad ética para hacerlo. Junto a este ímpetu hay una segunda convicción menos convencional en la medicina; la creencia que ubica a la enfermedad en una estructura genética.¹¹

Un acercamiento al enfoque genético de la medicina no sólo redefine lo que significan la enfermedad y la salud, trasladadas a los escenarios clínicos sino que cambia el ámbito tradicional de la medicina de un modelo de administración de la crisis en el cuidado agudo, que atiende problemas manifiestos, a un modelo que predice y maneja, que se anticipa y busca detener el padecimiento con los estilos de vida, el control del entorno y la intervención genética. A medida que estas transformaciones continúen, los individuos se encontrarán con más frecuencia inmersos en un sistema de salud que utiliza el lenguaje de la genómica y tendrán que hacer algo con esa información.¹² Las interpretaciones serán variadas según los esquemas ideológicos que cada persona maneje. Por ejemplo, podrán ser comprendidas en el contexto de las creencias que les darán significados, es decir, les permitirán entender y evaluar las implicaciones de los cursos de acción posibles.

TERAPIA GÉNICA

El conocimiento del genoma humano marcó el inicio para el estudio de nuevos métodos terapéuticos: la farmacogenómica y la genoterapia o terapia génica. La primera pretende explicar cómo responde el organismo a determinados fármacos en función de su constitución. Surgió a mediados del siglo xx y estudia la variabilidad en la respuesta a los fármacos analizando una enzima a la vez. La farmacogenética analiza todos los genes implicados en el metabolismo de un medicamento, incluidos los receptores.¹³ Con frecuencia se dan casos en los que el mismo tratamiento farmacológico aplicado a dos pacientes que padecen la misma enfermedad produce resultados diferentes: uno se cura y a otro no le hace efecto. Igualmente, los efectos secundarios de un mismo medicamento pueden ser muy distintos en cada persona.

Las variaciones en las respuestas a los fármacos pueden atribuirse a la diferencia genética existente en

las poblaciones humanas. La farmacogenómica trata de investigar la naturaleza hereditaria de estas diferencias para desarrollar medicinas ajustadas a cada individuo de modo que su eficacia sea máxima y el riesgo de efectos adversos mínimo, es decir, una medicina a la medida. De esta forma se podrá medicar a cada paciente de manera personalizada, aprovechar mejor los recursos y hacer un uso más racional de los fármacos.

La farmacogenómica no sería posible sin la descodificación de la secuencia completa del genoma humano. No basta saber cuáles son los genes causantes de las enfermedades ni la predisposición genética de un posible afectado, sino que debe conocerse también de qué modo va a responder su organismo ante determinado tratamiento. En el futuro, los pacientes acudirán a la consulta médica provistos de un biochip de ADN mediante el cual el médico podrá predecir la respuesta a un fármaco antes de prescribirlo. Esto permitirá un tratamiento más eficaz y evitará la práctica de probar con distintos fármacos hasta dar con el más apropiado. La investigación farmacogenómica llevará incluso a la prevención de muertes o complicaciones graves debidas a la propia enfermedad o a los efectos secundarios de los medicamentos administrados.¹⁴

Por su parte, la genoterapia o terapia génica se prevé como el método que en el futuro se utilizará para el tratamiento de muchas enfermedades hereditarias. Básicamente consiste en la modificación genética de las células del paciente utilizando ácidos nucleicos como medicamento. Se puede hacer en células somáticas o germinales, aunque existe el consenso de que por el momento se realice sólo en células somáticas, esto es, que altere la enfermedad sólo de la persona intervenida y no en el largo plazo en las generaciones por venir. Cuando la genoterapia busca mejorar alguna característica genética en un individuo o un grupo, entonces se habla de *eugenesia* y entramos en el terreno ético por las consecuencias discriminatorias que esto puede conllevar. En la discusión de qué es bueno y qué es malo no hay objetividad absoluta, y lo que en un momento dado se considera deseable en otro es indeseable.

Las estrategias en terapia génica son variadas: en algunos casos se pretende introducir un gen o genes funcionales en las células de los pacientes para corregir un defecto genético o para dotar a sus células de nuevas funciones con el fin de lograr la autocuración. Por ejemplo, se podría introducir en las células pancreáticas de los pacientes diabéticos el gen para producir insulina y, de este modo, conseguir que los afectados no tengan que administrársela por vía intravenosa. En otros casos, como el del cáncer o las enfermedades infecciosas, lo que se pretende es lo con-

trario, es decir, inhibir la acción de aquellos genes en células donde la aparición de un producto derivado de la actividad genética o de su acción inadecuada ocasiona un trastorno.

Otras estrategias están dirigidas a producir la muerte de células o a corregir mutaciones. En el caso de células anómalas, como las cancerosas, se trataría de introducirles genes que produjeran una sustancia tóxica y provocar el suicidio celular, o bien que activaran la respuesta específica de las defensas inmunitarias. Para corregir mutaciones, es decir, los errores en el ADN que pueden aparecer en las células de un organismo, podría introducirse ADN con las secuencias correctas o bien utilizar ribocitos (ARN con actividad catalítica).

El gen terapéutico se introduce a las células pertinentes mediante algún vector, como podría ser un virus. La terapia se puede hacer *in vivo*, inyectando a la persona directamente, o *ex vivo*, manipulando el ADN de las células vivas en el laboratorio. Esta última técnica es la más común: para ello se extraen las células relevantes y se exponen al agente terapéutico, se reintroducen al organismo con la esperanza de haber infectado suficientes células para que funcionen bien. Hasta 2005 había 907 protocolos de terapia génica en todo el mundo, de los cuales casi 70 % se realizaban en Estados Unidos, más de 25 % en Europa y el resto en 10 países distintos, uno de ellos México. Dos terceras partes de los protocolos experimentales de terapia génica que se desarrollan en Estados Unidos son contra el cáncer y cerca de 20 % de ellos están dirigidos contra el sida.¹⁵

En 15 años de investigación, el único ejemplo en que la terapia génica ha sido útil es en el tratamiento de la enfermedad de la inmunodeficiencia grave combinada, que consiste en una falla rara del desarrollo del sistema inmune, por lo que quienes la padecen fallecen en la niñez. De 18 enfermos tratados, 17 respondieron bien, es decir, restituyeron su inmunidad cuando menos cinco años. Se trataron *ex vivo* introduciendo el gen a células troncales de médula ósea de los propios enfermos. Sin embargo, dos pacientes desarrollaron leucemia aguda y un año después murió el tercero.¹⁶ La publicidad negativa hacia los tratamientos experimentales desalentó este tipo de estudios, pues se expresó la preocupación de que los progresos en genómica estén dañando a las personas en lugar de ayudarlas.¹⁷ En México desde 2006 se ha desarrollado una técnica para tratar de resolver la insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento médico, que consiste en la administración de células madre directamente al miocardio.

La seguridad de los pacientes debe ser considerada, especialmente porque las tecnologías utilizadas para terapia génica de células somáticas están apenas siendo desarrolladas. No obstante, el hecho de que los tratamientos se hayan confinado a las células somáticas significa que las consecuencias del tratamiento se restringen al paciente individual que ha consentido la práctica de dichas terapias. Por tanto, muchos ven el aspecto ético de la terapia génica somática tan aceptable como sería un trasplante de órgano y sienten que la aprobación moral es apropiada en propuestas cuidadosamente evaluadas.

Los pacientes que se selecciona para estos tratamientos tienen enfermedades gravemente debilitantes o padecimientos que con frecuencia amenazan su vida, para los cuales no hay opciones terapéuticas convencionales disponibles. Como resultado, a pesar de las obvias imperfecciones de la tecnología, incluso podría estimarse poco ético el rechazo a la genoterapia. Sin embargo, la misma tecnología tiene el potencial de alterar rasgos fenotípicos que no se asocian con la enfermedad, por ejemplo, la altura u otro; este tipo de alteraciones genéticas, aunque no se han considerado, pueden plantear nuevos problemas éticos.¹⁸

La terapia génica se ha criticado por prometer demasiado y cumplir poco durante sus primeros 15 años de existencia. Es claro que requiere tiempo para desarrollarse y madurar, como ocurrió en su momento con las prácticas relacionadas con la administración de antibióticos, los trasplantes de órganos y otros procedimientos en la historia de la medicina. Las esperanzas iniciales se han frustrado por el aumento progresivo en el número de pasos necesarios para alcanzar el objetivo. La terapia génica deberá seguir su marcha, pues no hay ninguna otra área de la medicina que prometa curar tantas enfermedades que hoy aquejan a la humanidad.¹⁹

Aunque aún no es posible aplicar con seguridad estas técnicas en células humanas, y a pesar de los escasos éxitos clínicos conseguidos, la terapia génica se presenta como el método terapéutico más prometededor en el futuro y, sin duda, una de las aplicaciones más importantes derivadas del conocimiento del genoma humano. Con este conocimiento y el desarrollo de los métodos de secuenciación podrán confeccionarse los citados biochips de ADN, que permitirán la detección de posibles enfermedades en pacientes, incluso antes de que se manifiesten.

Asimismo, se podrán aplicar los remedios más adecuados para cada persona. Aunque en un futuro próximo puedan practicarse estas técnicas, tendrán un costo económico muy elevado, lo que constituirá uno de

los mayores impedimentos para su aplicación en las poblaciones en vías de desarrollo y, por tanto, serán otro motivo de desigualdad entre los habitantes del planeta.²⁰

MEDICINA REPRODUCTIVA

En los últimos decenios, la vinculación de la genética a la medicina reproductiva ha sido intensa gracias a las técnicas asociadas a las células germinales. En esta sección se abordarán temas éticos que de una u otra manera se vinculan con la sexualidad y la salud reproductiva, como la anticoncepción, experimentación con células embrionarias, métodos de fecundidad asistida, embarazo, eugenesia y su relación con prácticas de esterilización, y finalmente el aborto.

Una de las áreas más difíciles de penetrar es la de la sexualidad, pues constituye uno de los ámbitos más íntimos y privados del ser humano. Lograr que las personas permitan que los profesionales de la salud conozcan e influyan con sus consejos e intervenciones médicas en sus prácticas sexuales no siempre es fácil, y la falta de información derivada de la poca comunicación torna difícil la educación sexual. Este espacio entre el conocimiento científico y la experiencia está mediado por creencias, tradiciones, ideas religiosas, mitos, costumbres y pensamientos mágicos, entre otros, cuyos significados los médicos deben comprender para lograr entender la subjetividad del paciente y con ello encontrar con él la mejor opción en su vida reproductiva.

Es cierto que la sexualidad y la reproducción forman parte del acervo de significados sociales que consideramos de sentido común, de ahí que los conocimientos relacionados con ellas tengan como referente a familiares, amigos, sacerdotes, comadronas, curanderos y otras fuentes de información más actuales, como Internet. A medida que los medios de comunicación masiva tienen mayor incidencia y el proceso de medicalización avanza, el reconocimiento del campo médico como el más adecuado para atender los temas de sexualidad y reproducción ha aumentado y las consultas abordan temáticas muy variadas, como infertilidad, anticoncepción, planeación familiar, consejo genético, diagnósticos prenatales, embarazo, aborto, enfermedades de transmisión sexual y curiosidad en general.²¹ Los asuntos relacionados con la salud reproductiva son complejos e incluyen aspectos éticos, legales, psicológicos y religiosos, así como los referentes a las dinámicas sociales. La creciente pluralidad ideológica, la aceptación de la diversidad de género, las luchas antidiscriminatorias, las sociedades demo-

cráticas y los avances en las tecnologías de reproducción asistida complican aún más el panorama.

LA ANTICONCEPCIÓN

Los anticonceptivos son los distintos métodos que permiten el coito entre parejas fértiles y evitan el embarazo. Se trata de mecanismos de protección utilizados por parejas que no quieren tener hijos, y pueden ser de varios tipos. La abstinencia periódica se practica según el calendario midiendo los ciclos menstruales para calcular los días de ovulación y privarse de tener relaciones sexuales. Hay también métodos de barrera masculinos y femeninos, como el uso de preservativos o el diafragma en el útero, así como distintas sustancias espermaticidas que evitan la formación del embrión. Otro método es el del dispositivo intrauterino (DIU) que se inserta en el cuello uterino y tiene como objeto obstruir el paso al espermatozoide.

Existen, además, anticonceptivos sistémicos que se administran por vía bucal o intramuscular dérmica, con las hormonas que tienen como objetivo inhibir la ovulación o disminuir la permeabilidad del moco cervical a la penetración espermática. Los anticonceptivos de emergencia o “píldoras del día siguiente” se utilizan antes de las 72 horas del coito desprotegido; actúan mediante la regulación hipotálamo-hipofisario-gonadal e inhiben la ovulación. El método anticonceptivo más radical lo constituyen la esterilización femenina y la masculina, que implican la intervención quirúrgica con el consentimiento libre e informado de la persona y su pareja; se realiza por oclusión de las trompas en la mujer o la vasectomía (corte del conducto deferente) en el hombre.²²

Durante mucho tiempo la investigación social sobre la reproducción y la anticoncepción estuvo centrada en el análisis demográfico y el impacto del control natal en el aumento de la población. La discusión contemporánea realza la necesidad de enriquecer las investigaciones desde varias perspectivas, entre las que sobresale la del género, así como la necesidad de considerar a los hombres como actores en igualdad de importancia con las mujeres en el fenómeno reproductivo. De acuerdo con los métodos descritos en el párrafo anterior, la anticoncepción se inscribe en el ámbito del proceso de medicalización, por lo que es vista como un elemento más de las prácticas modernas. No obstante, las decisiones sobre la anticoncepción reflejan los acuerdos de la pareja y los factores culturales que intervienen en el significado de la sexualidad y las relaciones de género.²³

Los métodos anticonceptivos han venido a reforzar la autonomía personal desde fines de la década de 1960. El acto sexual se disocia de la reproducción y adquiere por tanto nuevos significados, pues fortalece la intimidad y la privacidad de cada individuo que decide sobre su cuerpo. De esta manera, la anticoncepción impacta la construcción social de la identidad femenina y masculina, y profundiza la conciencia individual y la autonomía del sujeto. Las prácticas de control de la natalidad también inciden en la realidad económica de las familias, pues al determinar el número de hijos según las posibilidades materiales se permite una mejor planificación del destino y la distribución de los recursos.

La anticoncepción facilita menguar la carga económica que representan los hijos, pero también la posibilidad de que las mujeres, en contextos patriarcales, asuman el control de su sexualidad y se llegue incluso a trastocar las identidades tradicionales en ciertas comunidades y los valores colectivos, como el de la virginidad y el matrimonio. En este proceso de autonomización del sujeto, la intervención de la medicina moderna desempeña un papel central. La ambigüedad significativa en torno a la anticoncepción impacta no sólo en las economías familiares, sino en el terreno de la sexualidad y en el ámbito de las identidades genéricas cuya transformación histórica está en marcha.

La relativa relajación de la libertad sexual y la introducción de métodos anticonceptivos sencillos como la píldora han venido acompañadas de un proceso de secularización que considera la actividad sexual como otro aspecto de la fisiología humana, quitándole el carácter pecaminoso, vergonzoso y secreto que ciertas religiones dan al acto sexual. Por ejemplo, la Iglesia católica rechaza la anticoncepción y todo método antinatural por considerar que destruye el acto conyugal y su capacidad procreadora; la separación del acto conyugal y la procreación se interpreta como moralmente mala y, por tanto, constituye un pecado.²⁴

Las prohibiciones y los dogmas dan paso a una sexualidad más abierta, informada y responsable, así como a nuevas configuraciones sociales donde la familia nuclear monolítica se ha visto rebasada,²⁵ y donde las madres solteras y las parejas homosexuales, por ejemplo, también experimentan su sexualidad junto con la paternidad y maternidad derivadas de dicha actividad. El concepto de salud reproductiva obliga a ofrecer estrategias también a quienes no tienen como punto de referencia la familia, es decir, a hombres y mujeres en distintas etapas de la vida. Aprender a asumir las responsabilidades concomitantes al ma-

nejo de las potencialidades del cuerpo es un asunto complejo, pues en culturas como la mexicana se mantiene una gran distancia con el cuerpo, que es visto como algo ajeno, lo que influye no sólo en la sexualidad sino en las relaciones personales en general.²⁶

Hoy, más que hablar de planificación familiar se habla de *planificación de la vida* y se reconoce la capacidad de las personas de cualquier género de tomar decisiones con respecto a su cuerpo y su fecundidad, tanto para prevenirla como para posibilitarla en el momento elegido.

EL ABORTO

En las discusiones sobre el aborto se distinguen en varios aspectos: el ético, el social, el político, el religioso, el médico y el legal, entre otros. Etimológicamente la palabra *aborto* quiere decir “no surgido” o “no nacido”, de ahí que el significado más común de ese concepto sea el relacionado con la interrupción de un embarazo no llegado a término, con la consiguiente muerte del embrión o feto. El aborto puede suceder de manera espontánea o bien de forma inducida. El tema de la moralidad del aborto es complejo y está lleno de emotividad, pues se halla íntimamente ligado a las consideraciones sobre la vida y la muerte.

La posición de la doctrina católica es contundente al rechazar el aborto intencional por considerar que la vida humana se inicia desde la concepción, o sea, desde que se unen el óvulo y el espermatozoide, por lo que es catalogado como una forma de asesinato. No obstante, desde la filosofía moral el debate se centra en las preguntas: ¿se puede considerar al feto como persona?, ¿tiene derechos el feto que estén por encima del derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y sobre su vida personal?²⁷

Determinar la noción de persona no es asunto fácil; biológicamente, un ser humano puede definirse como quien tiene ADN propio de *Homo sapiens* y está vivo. No obstante, esta definición podría rebatirse diciendo que todas las células vivas tienen ADN humano y no por ello cada una es una persona. El óvulo fecundado podría ser considerado de manera distinta del resto de las células por su potencialidad en cuanto a devenir en persona, a pesar de que el embrión no tiene sensibilidad, ni deseos, ni afectos, ni intereses personales, ni planes de vida.

Habría que tomar en cuenta que el óvulo fecundado puede o no convertirse en persona real, ya que la ocurrencia de los abortos espontáneos es frecuente. Pero la noción de persona tiene un carácter metafísico

co, además del físico que alude al pleno uso de sus facultades psicológicas y racionales, y el feto no las tiene: no piensa, ni tiene memoria, ni autoconciencia, ni capacidad de actuar o relacionarse afectivamente con otras personas.

La respuesta a si el feto puede ser considerado como persona, de acuerdo con Valdés, varía según las etapas del desarrollo: un óvulo fecundado no es persona moral, como tampoco lo es un feto de dos meses de gestación; pero un feto de seis meses que puede sentir frío, dolor, hambre o incomodidad es una persona en el sentido metafísico y, por tanto, en el moral también, pues despierta reacciones afectivas específicas (compasión, cuidado, deseo de proteger) por su condición de vulnerabilidad y por ello es digno de consideración y respeto. De ahí que si el aborto se realiza durante el primer trimestre de gestación y la embarazada que lo decide no agrade a nadie con ello, sino que lo hace por considerar, por ejemplo, que no desea la maternidad en ese momento de su vida y que es lo que mejor conviene para sus planes de vida, el aborto en sí mismo no parece ser un tipo de acto apropiado para emitir sobre él ningún juicio moral.

Por lo general, los distintos participantes en el debate sobre el aborto parten del valor intrínseco de la vida (principio de la santidad de la vida humana), y sus diferencias pueden explicarse por el hecho de que interpretan el principio de diferente manera, según el peso que le otorguen a cada elemento de la vida humana. Así, los más conservadores, los católicos más dogmáticos, no admiten ninguna circunstancia en la que el aborto pudiera ser aceptable, y conceden un valor absoluto a su componente biológico.

Otros católicos menos radicales consideran moralmente el aborto sólo en el caso de que el embarazo ponga en peligro la vida de la madre. Y otros más moderados piensan que hay más circunstancias en las que el valor de la vida personal de la mujer prevalece sobre el valor biológico de la vida de un feto, y estiman que el aborto es moralmente aceptable en casos en los que el embarazo es producto de una violación o de un incesto, o cuando la mujer es demasiado joven para ejercer la maternidad. Para los liberales, el aborto es moralmente aceptable en muchas más circunstancias y dentro de plazos de gestación más largos; ellos ven un mayor valor en el componente humano de la vida de una mujer adulta que en el componente biológico de la vida de un feto. Por último, los muy liberales consideran moralmente aceptable al aborto en cualquier etapa de gestación si la embarazada juzga que es lo que mejor conviene a sus intereses o planes de vida; para ellos, el valor de la vida biológica del feto

siempre está subordinado al de la vida personal que una mujer haya elegido reflexivamente para sí misma.

De este modo, partiendo de la aceptación de un mismo principio, los conservadores, moderados y liberales llegan a conclusiones distintas acerca de la moralidad del aborto. Las diferentes interpretaciones suelen estar estrechamente vinculadas con las ideas religiosas, culturales o tradicionales de quien ofrece la interpretación, es decir, con ideas muy estructuradas cuyas raíces sostienen buena parte del sistema de creencias en el que se presentan.

En la tradición católica se ha apelado con frecuencia a los derechos del feto desde el momento de la concepción para fundar una prohibición moral absoluta del aborto, aludiendo a los derechos humanos, no a los legales. Esta interpretación supone al feto como si fuera una persona, como la madre, con pleno derecho a la vida, de ahí que el aborto se considere una especie de homicidio y un hecho reprochable. No obstante, quienes defienden en términos de derecho que el aborto es moralmente aceptable, tienden a destacar el derecho de la mujer a disponer de su propio cuerpo.

Un embarazo no deseado puede verse entonces como un caso en el que entran en conflicto dos derechos: el de la madre, a decidir lo que sucede en su cuerpo, y el supuesto derecho del feto a la supervivencia. La cuestión es que el derecho de la mujer sobre su cuerpo no es ilimitado, pues la relación entre la embarazada y el feto es natural y su cuerpo no sólo es suyo, sino el entorno orgánico necesario para la supervivencia del feto.

Resulta difícil promulgar leyes que se apoyen en razones que sean comprendidas y respetadas por todos. El aborto en sí mismo no es un asunto moral cuando se lleva a cabo en los primeros meses de gestación, por lo que no hay razones morales para prohibirlo legalmente, ya que el feto no es una persona, según la definimos anteriormente. Los legisladores pueden apoyarse en las opiniones de expertos en embriología y en desarrollo neuronal para establecer el plazo dentro del cual el aborto, por ser un acto en el que no hay víctima, quedaría despenalizado.

Esta postura, aunque no refleja los sentimientos de todas las personas, tampoco ofende los de muchas otras, y evitaría un costo social y humano, subjetivo y objetivo muy elevado, pues la práctica de los abortos clandestinos es una realidad que además constituye un problema de salud pública debido a la incidencia en la morbilidad y mortalidad de las mujeres que lo experimentan.

En 1995, en la Conferencia Internacional de la Mujer, en Pekín, una de las recomendaciones finales

fue que se revisaran las leyes sobre el aborto y la representación mexicana firmó ese documento. A principios de 1998 la ONU recomendó al gobierno de México que revisara su legislación con el fin de que las mujeres tuvieran acceso “rápido y fácil” al procedimiento, y que evaluara la introducción de la conocida como “píldora del día siguiente” (la cual se incluyó en el cuadro básico de medicamentos del sector salud en México en 2005, de manera gratuita, como parte de los anticonceptivos aceptados dentro del programa de planificación familiar, a pesar de la oposición de los sectores más conservadores de la sociedad).

En la Ciudad de México la discusión sobre la despenalización del aborto como problema legal durante 2007 constituyó uno de los temas que polarizó a la sociedad capitalina, cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal amplió las causales del aborto y determinó legal su ejercicio antes de las 12 semanas de embarazo. A pesar de la oposición de los grupos más conservadores, como la Iglesia católica y otras denominaciones religiosas, los legisladores votaron a favor de la ley. Lo mismo sucedió en otros estados de la República, como Coahuila y Chihuahua, además de Yucatán, que antes del año 2000 ya incluía una causal económica. En la ley del D. F., además de las causales de la llamada *Ley Robles* (por violación, por peligro de la salud de la madre y por malformación del feto), la ley de 2007 incorporó las causas económicas, cuando el embarazo haya sido producto de la trata de personas o lenocinio y cuando la mujer considere que afecta su proyecto de vida.

La intención futura del Partido de la Revolución Democrática (PRD), las feministas y los grupos liberales que impulsaron la reforma es adecuar el *Código Penal Federal*—que prohíbe el aborto provocado y lo considera un delito con pena de cárcel para la embarazada y para quien se lo realice— con las legislaciones locales sobre el tema del aborto a fin de reconocer la autonomía femenina sobre su cuerpo y mejorar el problema de salud pública que constituyen los abortos clandestinos, merced a los cuales cientos de miles de mujeres mueren al año o quedan dañadas en su capacidad reproductiva.

El aborto es también un problema de ética médica, y la pregunta es si al practicarlo el médico comete una falta de ética profesional. De acuerdo con el código de ética médica, según el cual se debe preservar la salud, curar o ayudar cuando no se puede curar, pero siempre apoyar y consolar al enfermo, y evitar las muertes prematuras e innecesarias, el aborto puede ser una medida que contribuya a cumplir con ellos en deter-

minadas circunstancias, algunas ya consideradas legales, como se ha visto.²⁸

No obstante, hay situaciones en las que el aborto se lleva a cabo para cumplir con los objetivos de la medicina, que no son permitidas por la ley federal pero que pueden aliviar una crisis psicológica grave en la embarazada. Por lo general la paciente acude al médico para que resuelva su problema en una situación de angustia agravada por la culpabilidad, y en no pocas ocasiones en una condición económica difícil. El médico se ve ante la disyuntiva de ayudarla a pesar de las implicaciones de responsabilidad legal que conlleva, como expresa Pérez Tamayo: “no todo lo castigado por la ley es al mismo tiempo una falta de ética médica”. Según el ejercicio ético de su profesión, el médico debe resolver el problema (embarazo no deseado) y aliviar el padecimiento de sus pacientes. Pero, ¿qué debe hacer el médico cuando sus creencias religiosas entran en conflicto con sus obligaciones éticas profesionales?

Lo que no debe hacer es obligar a la paciente que solicita un aborto a continuar con la gestación contra su voluntad, sobre todo mintiendo acerca de los riesgos en el corto y largo plazos, o cuando el embarazo fue producto de una violación.²⁹ Aunque los creyentes tienen el derecho a vivir de acuerdo con sus convicciones, no tienen derecho a imponérselas a quienes no las comparten. Los médicos que no están de acuerdo con el aborto tienen la obligación de enviar a la paciente con otro colega capacitado que no tenga sus limitaciones religiosas y esté dispuesto a ayudar.

LA FECUNDIDAD ASISTIDA

En el otro extremo del espectro relacionado con la reproducción están las personas que desean tener hijos y por una u otra circunstancia no lo logran. En los últimos decenios, los adelantos tecnológicos y la investigación genética han posibilitado el embarazo propiciando la salud de la madre y del bebé. No obstante, la fecundidad asistida plantea también cuestiones éticas complejas, como en la modificación genética de células germinales, la manipulación de embriones en métodos como la fertilización in vitro, la paternidad o maternidad biológica y social en caso de matrices subrogadas, o el uso de material genético ajeno, entre otras.

La fertilidad y la infertilidad se han trasladado al campo de lo controlable, lo que despierta preguntas sobre los derechos, la responsabilidad y la ética. Las tecnologías de reproducción asistida³⁰ (TRA) han redefinido conceptos como el de familia y maternidad al

incrementar el número de actores involucrados en la concepción, y complican asuntos como el del parentesco y la privacidad. El uso de la tecnología en el proceso reproductivo se ha hecho más intenso a partir de la práctica generalizada de las TRA, que ha vuelto accesibles una serie de tratamientos a las personas diagnosticadas con problemas de infertilidad, desde opciones hormonales hasta técnicas más invasivas. Esto ha traído cambios importantes en la concepción de categorías, como la concepción, la reproducción y la paternidad-maternidad.

La primera ocurrió cuando se dio la separación del acto sexual respecto de la reproducción mediante los métodos de control natal. La segunda transformación tuvo lugar cuando aparecieron las TRA con la consiguiente fragmentación de la unidad de la reproducción, pues se hizo posible el embarazo sin que hubiera necesidad de un acto sexual previo. El tercer cambio se dio en respuesta a los avances en la medicina genómica reproductiva, que ha cuestionado la unidad orgánica entre el feto y la madre a partir de la disociación entre la información genética del cigoto y el vientre donde se desarrolla. Esto ha llevado a que más de un sujeto intervenga en el proceso y que surjan preguntas como la de quién es la madre del niño, la que dio el material genético o la que experimentó el embarazo.

La utilización de TRA acompaña un amplio espectro que oscila desde una pareja que utiliza sus propios espermias y óvulos que son llevados a buen término en la matriz de otra mujer, hasta el extremo donde la pareja no provee su material genético y contrata a una mujer para que el feto crezca en su útero. Cada situación tiene grados distintos de aceptabilidad tanto para los profesionales como para los involucrados, y los juicios legales potenciales que puede conllevar cada caso no siempre se han resuelto de la misma manera, por lo que podrían originar complejos litigios.

En la actualidad hay diferentes técnicas para resolver la infertilidad según las causas. Algunas se manejan con tratamiento médico, pero en otras se requiere métodos más invasivos. Entre estas últimas se encuentran la interferencia con los primeros pasos de la fecundación, específicamente con la migración del óvulo desde el ovario hasta la trompa, y su encuentro con los espermatozoides (la fecundación) y el paso del óvulo fecundado hasta su sitio de implantación en el endometrio del útero materno. Esta interferencia puede deberse a alteraciones anatómicas en el aparato reproductor femenino (obstrucción o ausencia de trompas), a azoospermia u oligospermia del hombre, o a otras disfunciones sexuales como la impotencia. Para este tipo de problemas hoy existen dos for-

mas de manejo: la inseminación artificial y la fecundación extracorpórea o *in vitro*.

La inseminación artificial es un procedimiento conocido desde hace más de un siglo y consiste en la transferencia de semen a las vías genitales de la mujer;³¹ con la posibilidad de congelar el semen, su eficiencia ha aumentado. La inseminación puede hacerse con los espermatozoides de la pareja (homóloga) o con los de un donador (heteróloga); la eficiencia es mayor en el segundo caso. En cambio, la fertilización *in vitro* se practicó por primera vez con éxito en septiembre de 1977 y la primera niña nacida con este método fue sana y normal. A partir de entonces se expandió por todo el mundo y cientos de miles de niños han nacido gracias a este recurso tecnológico. La fertilización extracorpórea se lleva a cabo en cuatro pasos:³²

1. Se administra tratamiento hormonal a la mujer para que genere simultáneamente un número mayor de óvulos, lo que produce suficientes para varios intentos de fecundación *in vitro* sin tener que repetir su recuperación.
2. Se obtienen los ovocitos por la vía vaginal con auxilio de la ultrasonografía.
3. Se realiza la fecundación *in vitro*, en la cual óvulos se ponen en contacto con los espermatozoides en el laboratorio, en condiciones que favorecen la penetración de los óvulos y, una vez realizada, empiezan a dividirse.
4. Al cabo de 24 a 48 horas los óvulos fecundados o cigotos se depositan en el interior del útero por medio de una sonda o catéter. Generalmente se depositan entre tres y cuatro cigotos.

Los avances en la medicina reproductiva tienen implicaciones de largo alcance y consecuencias no sólo para los individuos que aprovechan estas técnicas, sino también para los donadores de espermias y óvulos, así como para los hijos nacidos producto de este material genético. El control de la reproducción requiere un mayor entendimiento de sus impactos en la sociedad. Los valores culturales y las normas, que pueden variar de generación en generación, se interrelacionan con procesos biológicos que influyen en la fertilidad. Las tecnologías reproductivas en combinación con los descubrimientos genéticos han profundizado la tendencia a la medicalización de la reproducción, así como las intensas relaciones entre las mujeres y sus médicos.

El conocimiento de los genes ha hecho posible la modificación de las células germinales, lo que plantea cuestiones éticas complejas. Se ha practicado exitosa-

mente en animales (por ejemplo para corregir la beta-talasemia en ratones); sin embargo, hasta ahora no se ha permitido su uso para tratar trastornos humanos y no se ve cercano el tiempo en que se autorice legalmente. La falta de entusiasmo para la práctica de la terapia génica en células germinales puede deberse a tres razones principales:³³

1. Porque la tecnología para modificar genéticamente las células germinales es aún imperfecta. La terapia de células germinales requiere la modificación del material genético de los cromosomas, pero el sistema de vectores necesario para lograrlo no permite el control preciso sobre el sitio de integración. En la terapia génica de células somáticas, la única preocupación importante sobre la falta de control acerca del destino del gen transferido es que una o más células sean sometidas a transformaciones neoplásicas. No obstante, en la terapia génica de células germinales las modificaciones genéticas tienen implicaciones no sólo en una célula, ya que la inserción accidental de un gen introducido en un fragmento de ADN puede resultar en una nueva mutación patogénica heredada.

2. Por razones éticas, la modificación genética de células germinales humanas puede tener consecuencias no sólo para la persona a quien originalmente se le alteraron sus células, sino también para todos los individuos que heredaron la modificación genética en generaciones subsecuentes. La terapia génica de células germinales inevitablemente significa la negación de los derechos de estos individuos a que su constitución genética haya sido modificada. Algunos eticistas, sin embargo, han considerado que la tecnología genética para modificar las células germinales mejorará en el futuro con un grado aceptable de riesgo y proveerá las salvaguardas y las regulaciones necesarias para el procedimiento. En este caso no habrá objeciones éticas válidas y la aplicación de la terapia génica de células germinales será una práctica aceptada. Probablemente en 2020 este tipo de terapia podrá utilizarse no sólo para tratar enfermedades con medicamentos adecuados al perfil genómico del paciente, sino en programas disgénicos que limiten los padecimientos en las generaciones futuras.

3. Otro de los conflictos psicológicos, sociales y legales surge cuando hay una madre subrogada en cuyo útero se deposita el cigoto preparado con los gametos de una pareja estable que se hará cargo del niño a partir de su nacimiento; puede suscitarse el problema de que la madre subrogada se rehúse a entregar al bebé por considerarlo su hijo, lo que lleva a juicios legales complicados que se resuelven de manera dis-

tinta en cada país. En estos casos lo que se encuentra ante nuevas situaciones son los conceptos clásicos de paternidad, maternidad y filiación; además, dentro de la maternidad biológica, es necesario distinguir entre la de tipo genético y la de gestación o uterina. En Europa, por ejemplo, los derechos de paternidad y maternidad corresponden a quienes van a ser el padre y la madre legales del niño, y no a los donadores de gametos o cigotos.³⁴

En la hermenéutica religiosa,³⁵ los escritores cristianos y judíos generalmente expresan visiones similares sobre las TRA. Ambas tradiciones articulan la norma de la procreación dentro del matrimonio, idealmente como el resultado del acto sexual. La fertilización in vitro y el uso de otras tecnologías se evalúan en relación con este ideal y dentro del entendimiento de la crianza humana apropiada, por lo que gran parte de la atención está dirigida al bienestar de los niños nacidos por medio de estos procedimientos, a sus familias y a la sociedad en su conjunto. Las posiciones son variables: hay desde pensadores religiosos que rechazan tajantemente el uso de TRA hasta otros quienes consideran que tales intervenciones en el proceso natural de la procreación pueden ser consistentes con los valores éticos y la responsabilidad.

El problema surge con las preocupaciones relacionadas con la utilización de gametos donados, pues esto se considera una intrusión en la relación de la pareja y, por tanto, dañina para el ser nacido en la interacción con sus padres. No obstante, las tendencias en el pensamiento religioso judío se orientan a aceptar estos procedimientos en general, mientras que los católicos enfatizan la conexión inseparable entre el acto sexual marital y la procreación, lo que prohíbe la fertilización extracorpórea.

Otra de las razones que llevan a los católicos a oponerse a las TRA es porque estiman que contravienen el plan divino al querer dominar a la naturaleza, a pesar de que en la doctrina religiosa hay quienes avalan las intervenciones médicas. Los judíos tienden a interpretar dichas intervenciones como un ejemplo del trabajo asociado entre Dios y el hombre.

En el *Talmud* se habla de la procreación como la contribución de tres: la madre, el padre y Dios. Como se ve, en el caso de la hermenéutica religiosa las TRA tienen implicaciones biológicas, sociales, jurídicas y éticas,³⁶ entre otras que deben considerarse en el análisis de los cambios culturales experimentados a raíz de la introducción de nuevas tecnologías.

El papel de las clínicas de infertilidad al aceptar el anonimato de los donadores de óvulos y espermias, así

como de las percepciones, expectativas y experiencias de quienes los reciben están aún por estudiarse a fondo. Las voces de las mujeres en lo que atañe a la reproducción deberían tomarse más en cuenta en su relación con las TRA, pues son ellas quienes reciben el impacto de dichos procedimientos, tanto positiva como negativamente. Hacen falta más estudios que determinen de qué forma la etnia, la cultura y la religión influyen en la reproducción y en su atmósfera tecnológica.

Los aspectos socioculturales de la reproducción y las TRA deben ser considerados junto con los biomédicos por equipos multidisciplinarios (médicos, antropólogos, sociólogos, trabajadores sociales, feministas, epidemiólogos y otros) que utilicen datos y métodos de análisis diversos. Con ello se busca dar cuenta de las complejidades de la reproducción y del uso de las tecnologías reproductivas.

LA EUGENESIA

Desde el punto de vista ético, una consideración importante se refiere a que el desarrollo tecnológico de la ingeniería genética no esté sólo enfocado en el intento de curar enfermedades, sino en el mejoramiento genético. Hay argumentos poderosos que respaldan por qué no sirve de nada intentar la terapia génica de las células germinales, ya que hay serias preocupaciones en torno de que intenciones secretas con fines eugénicos promuevan la manipulación genética. Aunque se podría decir que existe una "eugenesia positiva", como en los programas disgénicos mencionados anteriormente, también es factible que la terapia génica de células germinales implique la selección artificial de genes que se cree que confieren rasgos ventajosos.

Las implicaciones del mejoramiento genético humano son múltiples. Los desarrollos tecnológicos futuros pueden hacer posibles amplias alteraciones a las células germinales, por ejemplo, de adicionar muchos nuevos genes utilizando cromosomas humanos artificiales. Incluso hay quienes consideran que los avances evolutivos de la humanidad pueden estar llevando a una nueva especie: el *Homo sapientissimus*.

Sin embargo, habría que decir que para que el mejoramiento genético tuviera un impacto en el proceso evolutivo, la manipulación genética tendría que practicarse en gran escala. Incluso si los programas de eugenesia positivos se consideraran aceptables en principio y el mejoramiento genético se realizara a pequeña escala, aún prevalecerían serias preocupa-

ciones éticas. ¿Quién decide qué características son ventajosas?, ¿quién decide cuántos programas deben implementarse?, ¿estos programas serán accesibles sólo a quienes puedan pagar por ellos?, ¿cómo podemos asegurarnos de que no llevarán a la discriminación de los individuos?

Algunos programas previos de eugenesia negativa sirven como recordatorio: en el pasado reciente han existido programas eugénicos terroríficos, como en la Alemania nazi, y también en muchos estados de la Unión Americana donde, de acuerdo con las políticas del gobierno respaldadas por las iglesias, se practicó la esterilización obligatoria a los débiles mentales hasta bien entrado el siglo xx.³⁷ El eugenismo es una vieja tradición que viene desde el siglo xix, aunque ya estaba presente entre los griegos, porque los niños que nacían con malformaciones eran eliminados.

El eugenismo se proclamó científico a principios del siglo xx, mucho antes del poderío nazi, en países democráticos como Estados Unidos, Suecia y Suiza, donde centenares de miles de personas fueron esterilizadas porque no se les consideraba aptas para engendrar niños de calidad. En ocasiones esos individuos padecían enfermedades muy graves y hereditarias, pero también se trataba de sordomudos, por ejemplo, de quienes hoy se sabe que en un medio adaptado pueden tener una vida normal, desarrollarse y ser creativos; así se consideraban también los opositores políticos, los alcohólicos o los deficientes mentales, cuyos hijos podían recibir una herencia perjudicial para el porvenir de la especie.³⁸

Galton, el inventor de la palabra eugenismo, se desempeñaba como médico y estadístico. La medicina y la estadística fueron los dos pilares de la eugenesia, la primera para la relación con lo viviente, con la enfermedad, el trastorno y la anomalía, y la estadística para medir, evaluar y ubicar los estándares de normalidad. Es sabido que los nazis retomaron la idea (la ideología) y aplicaron el programa eugenésico de Galton en gran escala para transformarlo de tal modo que eliminara a una gran cantidad de individuos, primero a causa de sus patologías y luego a causa de sus culturas y orígenes étnicos. El horror y el crimen absurdo que llegaron al grado del peor genocidio conocido se instaló gracias a los médicos y a los genetistas "progresistas" que coadyuvaron al programa de "purificación de la raza humana" al aplicar la "solución final".

Después de la guerra, la palabra *eugenismo* fue asociada con el nazismo; sin embargo, ha vuelto a aparecer con nuevos significados; por ejemplo, se han acuñado términos como *progenismo*, *ortogenia*, *eufemesia* o *ubiótica* para hacer aceptable la idea de mejorar

genéticamente a los individuos. Toda la gente desea tener un niño normal, porque será más feliz sin enfermedades, con una altura promedio y una inteligencia preferentemente mayor que la de las demás personas. Para lograr estas características se requiere de las nuevas tecnologías, que pasan por la fertilización in vitro y la selección de embriones en la probeta.

La elección del niño venidero, gracias a la genética diagnóstica, hará que las parejas dejen de concebir al azar para tratar de darle la mayor cantidad de posibilidades desde el comienzo. Hay quienes diferencian el eugenismo de la primera mitad del siglo xx con el actual, pues argumentan que mientras el primero era una práctica masiva decidida por el Estado, hoy es una decisión individual o familiar para evitar malformaciones, deficiencias o enfermedades. El consenso sobre la salud existe, por lo que todos desearían un niño saludable, según la norma; con base en ese consenso, hoy que es posible realizar la selección embrionaria y que ese interés confluya con el del médico, la industria y la salud pública, existe la probabilidad de que la historia futura de la humanidad transite por ese sendero.

Para autores como Godin: "El eugenismo se sustenta en una ilusión terriblemente peligrosa, una ilusión que asimismo 'vehiculiza': la de creer que el bienestar (no hablemos de la felicidad) reside solamente en la salud física."³⁹ Si las teorías racistas casi desaparecieron después de la Segunda Guerra Mundial, no fue solamente en virtud de los horrores nazis, sino también debido a la dominación genética molecular que eclipsó a la genética de las poblaciones. Pero puede ocurrir que esa genética molecular produzca información capaz de resucitar una nueva genética de las poblaciones.⁴⁰

Las clasificaciones étnicas derivadas de criterios físicos darían paso a clasificaciones genéticas derivadas de evaluaciones moleculares de los genomas. Por eso, además de la manipulación genética está la cualificación de los genes, lo que resulta peligroso desde los puntos de vista ético, legal y social. La referencia a un modelo virtual (el mapa del genoma humano) y el poder de caracterizar las desviaciones de cada uno respecto de este esquema abren la era de nuevas clasificaciones y, por tanto, de nuevas jerarquías entre los hombres.

Dos factores cambiaron el sentido del eugenismo para volverlo aceptable para la mayoría: por un lado dejó de ser el sueño utópico de un estadista loco para convertirse en un proyecto razonable apoyado en los últimos descubrimientos de la ciencia y, por el otro, se ha separado del elitismo y el racismo totalitarios para revestir la apariencia de la utilidad y el bienestar de

todos. El eugenismo se ha vuelto racional y democrático y ha anidado en las mentalidades individuales que lo justifican.

Otro argumento relacionado con la eugenesia en la actualidad se refiere a que la modificación de los genes de las células germinales pueda ser considerada como un modo de evadir lo que de otra manera sería la herencia segura de una mutación dañina conocida. No obstante, surge una cuestión: ¿cuán frecuente resulta esta situación y cuán fácil sería intervenir?

Cien por ciento de las probabilidades de heredar una mutación dañina sólo pueden ocurrir de dos maneras: una es cuando una mujer afectada es homoplásmica para una mutación dañina en el genoma mitocondrial y desea tener un hijo; el problema ahí es que, dada la implicación de las múltiples moléculas mitocondriales de ADN, la terapia génica para este tipo de trastornos es difícil de manejar. La segunda situación concierne a la herencia de mutaciones en el genoma nuclear; para tener un riesgo de 100 % de heredar una mutación dañina se requiere la conjunción de un hombre y una mujer, donde ambos hubieran heredado el mismo padecimiento recesivo, lo que ocurre muy rara vez; en su lugar, la gran mayoría de las mutaciones en el genoma nuclear se heredan a lo sumo con 50 % de riesgo para trastornos heredados predominantemente y con 25 % de riesgo para trastornos heredados en forma recesiva.

La fertilización in vitro es el método más accesible para modificar las células germinales. Sin embargo, si la probabilidad de que cada cigoto sea normal es tan alta como 50 a 75 %, la transferencia genética a un huevo fertilizado no revisado, que bien podría ser normal, sería inaceptable, ya que el procedimiento tendría ciertos riesgos, aunque la seguridad de las técnicas para transferir genes de células germinales mejor notablemente en el futuro.

A pesar de que la revisión se realice con técnicas muy sensibles será necesario identificar un óvulo fertilizado con la mutación dañina. El mismo procedimiento puede utilizarse para identificar óvulos fertilizados que estén exentos de dicha mutación. Como la fertilización in vitro generalmente incluye la producción de varios óvulos fertilizados, sería muy simple revisar los huevos normales y seleccionarlos para la implantación, más que intentar realizar modificaciones genéticas de óvulos fertilizados identificados como portadores de alguna mutación genética.

Hay dos operaciones que forman la base del diagnóstico del preimplante que se comenta en párrafos anteriores: primero, que los embriones pueden congelarse en nitrógeno líquido sin sufrir daño alguno y,

segundo, que los biólogos los cultivan *in vitro* y pueden segmentarlos separando las células. La revisión genética en el periodo de preimplantación se lleva a cabo como sigue: durante la primera etapa de fecundación *in vitro*, unos cinco a 10 óvulos dan nacimiento a una serie de embriones que se cultivan en una segunda etapa. Se efectúa después una prueba diagnóstica con todos los embriones, se les extrae a cada uno de ellos una o más células para investigar si tienen o no alguna anomalía y se implanta sólo el embrión inmune a cualquier enfermedad.

El diagnóstico de preimplante no está autorizado en casi ningún país y sólo se permite en casos excepcionales donde existen anomalías genéticas que ponen en peligro la vida del feto, previo análisis de la situación particular. El principal problema de este tipo de diagnóstico es que el criterio para efectuarlo no está bien definido y surge la pregunta de cuándo debe recomendarse. Hay quienes argumentan que el diagnóstico de preimplante proporciona a los padres la esperanza de que el embarazo salga bien, e incluso algunos biólogos sugieren que se aproveche dicho diagnóstico para reemplazar ciertos genes defectuosos.

❏ Pero hasta hoy los comités de ética prohíben cualquier intervención genética sobre el embrión antes de su reimplantación, porque aunque dicha manipulación, que supone añadir o suprimir un gen para todas las generaciones futuras, pueda lograr curar una enfermedad para toda la descendencia, también puede dar vía libre a todo tipo de desviaciones eugenésicas.

❏ Los avances en la ciencia reproductiva y la tecnología han dado un notable control no sólo acerca de la decisión de tener un bebé, sino sobre el tipo de niño que se quiere procrear. La rápida expansión de la genómica humana ha colocado a la anticoncepción, el aborto y las tecnologías reproductivas al servicio de la eugenesia. La habilidad de diagnosticar a los portadores de un número significativo de padecimientos genéticos ha hecho posible calcular algunos de los riesgos genéticos de cada pareja, en particular con el fin de procrear. Los datos pueden ser utilizados por los padres prospectivos para tomar una decisión informada sobre la posibilidad de aceptar los riesgos genéticos al tener un bebé. Las personas adquieren “responsabilidad genética” al usar técnicas que evitan los riesgos de dar a luz individuos “injustamente defectuosos”.⁴¹

❏ Suponiendo que una pareja decide circunscribir un riesgo conocido utilizando inseminación artificial con el esperma de un donador o por medio de la fertilización *in vitro* con un óvulo de una donadora, si se utilizan los gametos de un donador, ¿qué características genéticas de éste deben considerarse relevantes: la raza,

la salud, la inteligencia?, ¿el propósito debe ser prevenir los riesgos genéticos, darle a los padres el hijo que desean o mejorar de manera general los genes de la población (disgenesia)? Al mejorar el entramado genético de los hijos y de las siguientes generaciones con espermatozoides y óvulos escogidos de donadores específicos, ¿qué significado tiene entonces la “responsabilidad genética” de la pareja hacia sus descendientes?

En la actualidad es posible diagnosticar ciertas enfermedades genéticas en el feto antes del nacimiento. Mediante la ecografía, la amnioscintesis entre las semanas 14 y 18 del embarazo, y la prueba de recolección de vellosidad coriónica entre la 10a. y la 12a. semanas, así como las pruebas para identificar células fetales en la sangre de la madre entre la 7a. y la 8a. semanas de embarazo, se detectan muchos padecimientos genéticos en etapas más recientes y de manera menos invasiva.⁴²

La fertilización *in vitro* permite hacer un diagnóstico genético antes de la implantación. La información genética proporcionada puede utilizarse para decidir si se aborta al feto o, en su caso, si se implanta el embrión. El diagnóstico prenatal levanta la polémica del aborto: ¿la importancia de las enfermedades genéticas debe tomarse en cuenta en la decisión de abortar? Los padecimientos genéticos varían ampliamente en su gravedad, ¿debe ser relevante la certeza del pronóstico? Por ejemplo, el síndrome de Down puede diagnosticarse con certeza, pero el pronóstico oscila entre un retraso mental leve y uno profundo. ¿El desencanto de una preferencia de los padres, por ejemplo, de tener una hija, puede ser razón suficiente para la práctica de un aborto? Lo que está de por medio es que a la larga se está propiciando una actitud social en la que se tenga cada vez menor disposición y tolerancia a dar apoyo a los niños genéticamente defectuosos al ser vistos como el producto de una elección y no del azar.

En estas condiciones, los seguros de salud pueden negarse a pagar por el cuidado de un niño con síndrome de Down, cuya enfermedad pudo ser predicha y cuyo nacimiento pudo haberse prevenido. Los fondos gubernamentales podrían ser distraídos de los programas de atención a las personas con retraso mental por causas genéticas a la educación de niños “normales” o “dotados”. Estos supuestos no sólo son plausibles, sino reales.

Dada la naturaleza de los conocimientos genómicos, la intervención de la medicina en la existencia de los individuos puede empezar en etapas tempranas y tener una presencia continua mediante estudios y pruebas que monitoreen el transcurso de la vida. Científicamente es sabido que cada individuo tiene alre-

dedor de 20 genes defectuosos en su genoma,⁴³ de tal suerte que, de alguna manera, todos somos defectuosos. En este contexto, la terapia génica parece la solución y la salvación de las enfermedades. No sólo eso: los genetistas tendrán la posibilidad, a partir del conocimiento del PGH, de distinguir lo que se considera normal en el ser humano de lo que no lo es, y de ahí trasladar lo ideal a lo normal. Las estructuras sociales y la ideología de lo que la genómica considera la normalidad se irán reforzando en un proceso dinámico que definirá una nueva dimensión antropológica, ética y teológica.⁴⁴

Los conceptos construidos histórica, cultural y socialmente sobre la naturaleza humana se leen ahora bajo la influencia de la biología humana y ésta es utilizada como la que garantiza una base objetiva para las creencias socialmente construidas; por ejemplo, se han hecho intentos por relacionar la genética con conceptos como la predestinación o el libre albedrío, o vincular la genética con el comportamiento. Hay quienes incluso encuentran la vinculación de lo genético con la evolución del legado humano y ubican la dinámica de la identidad personal y colectiva en los genes, incluida la capacidad de la conciencia, las decisiones morales, la felicidad y la fe. Ronald Cole Turner⁴⁵ aun llega a afirmar que “con el tiempo, veremos cómo nuestro genotipo individual influye no sólo en el color de nuestros ojos, sino en nuestras actitudes sociales, comportamientos y actividades religiosas”.

El supuesto, en los argumentos anteriores, de que la ciencia es objetiva, neutra y exenta de valores, es también cuestionable, pues la medicina no tiene la exclusiva en cuanto a la definición de lo humano, ya que hay aspectos que rebasan la lógica científica y la estructura molecular de las personas y que implican cuestiones valorativas ineludibles.

En el caso de las religiones, por ejemplo, la normatividad, la identidad y el significado de lo humano derivan de fuentes divinas que no son las genéticas, es decir, se basan en conceptos teológicos que sirven para interpretar la información genética y no al revés.⁴⁶ Desde el punto de vista del catolicismo, los datos genómicos deben utilizarse cuando ayudan en el diagnóstico médico y las intervenciones terapéuticas consiguientes. Las situaciones que se enumeran a continuación son aceptables porque persiguen el fin de la curación y no del consumo de productos relacionados con la salud: cuando se diagnostica una enfermedad evidente y se determina el tratamiento adecuado; cuando se realizan pruebas para enfermedades presintomáticas en donde la detección temprana puede ser benéfica en la aplicación de tratamientos disponi-

bles eficientes; cuando se detectan genes portadores de algún padecimiento y la información se utiliza para aconsejar a las parejas en cuanto al riesgo de transmitir graves enfermedades congénitas acompañadas de gran sufrimiento y una muerte temprana.

El conocimiento genético que promueva la curación y la dignidad de la persona humana es celebrado por la Iglesia católica, no así la manipulación de los deseos de los pacientes en el interés de las ganancias o el control social.⁴⁷

CÉLULAS ESTAMINALES, EMBRIONES Y CLONACIÓN

Para comprender el proceso de la manipulación genética habría que partir de la dinámica normal de la reproducción. En esta operación, el óvulo se encuentra con el espermatozoide; este último sólo aporta su núcleo, donde se encuentra el material genético. El núcleo se sumerge en el citoplasma del óvulo y desde la primera división en dos células, sus núcleos se fusionan y se convierten en un núcleo único que contiene el conjunto de los dos lotes de cromosomas, habiendo sido ambos duplicados para dar a cada célula el mismo patrimonio genético. La división celular prosigue con cuatro células, luego con ocho, y así sucesivamente. Hasta el estadio de ocho células, cada una de ellas es totipotente, es decir, posee la capacidad de crear un organismo entero.

Separadas estas células artificialmente e implantadas en los úteros de animales de la misma especie pueden dar nacimiento hasta a ocho gemelos, todos genéticamente idénticos. Tras el estadio de la tercera división, las células se especializan y se distinguen de las del contorno, de la futura placenta y de las del centro, el embrión propiamente dicho. No es posible obtener un embrión a partir de una célula o un grupo de células diferenciadas de un organismo animal adulto para originar un nuevo individuo, aunque la coloquemos en un medio favorable para el desarrollo embrionario, como sabemos que puede ocurrir en los vegetales.

Así, las estaminales son células primitivas indiferenciadas que tienen la habilidad tanto de multiplicarse como de diferenciarse en células específicas. Estas células pueden ser embrionarias como las descritas en el párrafo anterior, o células adultas que generan nuevas. Ejemplo de estas últimas es la médula ósea, la cual contiene una gran densidad de células estaminales que pueden proliferar y diferenciarse en glóbulos rojos y glóbulos blancos, así como otras células de la sangre específicas. Por su parte, las células estami-

nales de los embriones son singulares en el sentido de que pueden ser cultivadas desde el blastocito de un cigoto fertilizado, en muchos tejidos diferentes, desde músculo cardíaco hasta tejido pancreático.

A partir de 1998, investigadores como Thompson⁴⁸ y su grupo por un lado, y Shamblo⁴⁹ y su equipo por otro, descubrieron, por distintos medios, que a partir de embriones humanos cultivados hasta el estadio de blastocito se podían aislar varias líneas celulares, con propiedades características de elementos primitivos y por completo indiferenciados, teóricamente capaces de dar origen a los cerca de 200 distintos fenotipos celulares que componen un organismo adulto.

Las células estaminales embrionarias tienen tres características: se derivan de embriones en etapa de preimplantación, proliferan por tiempo indefinido, se mantienen indiferenciadas y conservan en forma estable su potencial para generar elementos de las tres capas germinales embrionarias, aun después de cultivos prolongados.⁵⁰ Las células estaminales embrionarias también son totipotentes, por lo que los investigadores las buscan con la finalidad de curar enfermedades que no responden a otras terapias.

Sin embargo, en investigaciones recientes se ha descubierto que se pueden obtener células estaminales de diferentes tejidos adultos; estas células muestran casi todas las propiedades de las generadas en los embriones, incluida la de diferenciarse en distintos tipos de células no sólo *in vitro*, sino *in vivo*. Aunque las investigaciones están aún en fase exploratoria, las terapias con células estaminales prometen la cura para muchos padecimientos para los que no hay tratamiento, como el de Parkinson y el de Alzheimer.

En estos últimos, la terapia de remplazo neurológico está basada en parte en la detección de las células estaminales neuronales en el embrión y en el cerebro del adulto. Las células estaminales neuronales son células progenitoras multipotentes capaces de diferenciarse en neuronas, astrocitos y oligodendrocitos. Sin embargo, antes de que las células estaminales neuronales puedan utilizarse para tratar la enfermedad de Alzheimer o el tejido cerebral enfermo, se requiere mayor investigación sobre los mecanismos de la diferenciación de las células estaminales en la presencia del tejido dañado.⁵¹

Los posibles usos terapéuticos de las células estaminales también se darían en otras áreas, por ejemplo, con los cardiomiocitos se podrían curar infartos o insuficiencia cardíaca; con las células productoras de insulina la diabetes mellitus; con los condrocitos la osteoartritis; con las células sanguíneas el cáncer, inmunodeficiencias, leucemias o enfermedades gené-

ticas; con los hepatocitos la hepatitis y la cirrosis; con las células cutáneas quemaduras, y obtener mejor cicatrización; con los osteocitos la osteoporosis; con las células retinianas la degeneración macular y con las células musculares la distrofia muscular.⁵²

En el organismo adulto, cada tipo de tejido está formado por células que se renuevan sin cesar. Su sustitución, como se explicó, se hace a partir de células estaminales adultas llamadas *multipotentes* porque son especializadas. Difieren de las pluripotentes embrionarias por la limitación de su acción. Si un tejido se vuelve senil, las células estaminales multipotentes de ese tejido muy probablemente sean defectuosas, de ahí el interés en las células embrionarias.

La posibilidad es la de convertir una célula ya especializada en indiferenciada; como se ha visto, las células embrionarias totipotentes pueden hacerlo todo (nervios, músculo, piel), pero durante las sucesivas generaciones celulares sus programas se cierran y ya no elaboran más que los productos necesarios para su supervivencia y su estructura, así como algunos productos de su especialidad, como la queratina para la piel, la hemoglobina para los glóbulos rojos o la miosina para el músculo. La célula es llamada entonces terminal, pues ya no puede diferenciarse ni dar nacimiento a otro tipo de célula: sólo es capaz de cumplir con su función y morir. Al morir es remplazada por otra célula que, como ella, llegará hasta el final de su diferenciación.

La clonación reproductiva ha demostrado cómo los numerosos programas cerrados del núcleo adulto se reabren en cuanto se coloca el núcleo en el citoplasma del óvulo. Esto plantea una pregunta: ¿qué hay en el citoplasma del óvulo que permite que una célula ya diferenciada pueda volverse totipotente? Si se consiguiera identificar los elementos que hay ahí, se podrían utilizar para diferenciar una célula multipotente adulta y convertirla en una célula madre pluripotente.

En 1997 la idea de la clonación reproductiva invadió todos los ámbitos sociales a partir de que se hizo pública la existencia de la oveja Dolly.⁵³ El método⁵⁴ utilizado en la clonación de esta oveja por Ian Wilmut y Keith Campbell, del Instituto Roslin de Edimburgo, fue la transferencia de núcleos y consistió en retirar el núcleo de un óvulo, que sólo tiene un lote de cromosomas, e inyectar en su lugar un núcleo que provenía de una célula adulta, en este caso de las células que forman la glándula mamaria, con sus dos lotes de cromosomas. Dentro del óvulo, ya en presencia de estos dos lotes de cromosomas, por medio de impulsos eléctricos se logró la fusión del núcleo de la célula somática y el óvulo sin núcleo de la segunda oveja. Empezaron

entonces las divisiones celulares como lo hace el embrión resultante de una fecundación.

Aunque el núcleo transferido contenga toda la información genética del donante de la célula, al estar especializado cierra, sin embargo, muchos programas de elaboración de proteínas. Se creía que esos cierres de programas eran definitivos e irreversibles, es decir, un glóbulo de sangre, por ejemplo, no podía convertirse en una célula muscular, ni una glándula mamaria dar origen a células del hígado. Con Dolly, los científicos se dieron cuenta de que el óvulo era capaz de poner al núcleo de una célula adulta de un mamífero en situación de crear un organismo entero y reabrir todos los programas, o sea, dándole totipotencialidad.

A pesar de que el nacimiento de Dolly se ha considerado un logro interesante desde el punto de vista científico, hay que mencionar que fue el único clon nacido después de haberse realizado más de 200 fusiones de óvulo con núcleo de célula adulta. Para ello fue necesario utilizar muchas ovejas y, además, en algunos casos aparecieron animales con graves deformaciones.⁵⁵

La mayor parte de los embarazos con clones no han acabado bien. En muchos de ellos se produjo la muerte del embrión y la vida de las madres corrió serio peligro. Otras veces los clones llegaron a tener un tamaño anormal, lo que provocó abortos. En el caso de que los clones animales hubieran completado su periodo de gestación (menos de 1 %), casi todos presentaban serias malformaciones: pulmones con desarrollo incompleto, problemas cardíacos, hígados defectuosos, sistemas inmunológicos deficientes, vacas con deformaciones de cabeza, etc. A pesar de ello, este método se sigue usando para crear vacas, cabras, ovejas, cerdos y ratones, pero, por el momento, su índice de éxito continúa muy bajo.⁵⁶

Desde el punto de vista de la evolución de las especies en la larga duración, el proceso de clonación es el inverso al de la sexualidad. En esta última las combinaciones azarosas del material genético de dos seres distintos propician la diversidad de los rasgos genotípicos y fenotípicos de las especies. En el caso de la clonación, el acto sexual deja de ser una premisa de la reproducción y la aleatoriedad desaparece al buscar reproducir modelos genéticos idénticos, con lo que termina la diversidad de la vida en el planeta. Se gana en control, pero se pierde en espontaneidad, variedad y riqueza.⁵⁷

Para Laurent Degos, este mundo asexual es una regresión en la evolución del mundo viviente. Uno de los más grandes saltos de la historia natural consistió en pasar de un estado no sexuado a uno sexuado. En

un estado no sexuado, el único modo de reproducción es la clonación. Así vive la bacteria desde hace más de tres mil millones de años, reproduciendo una copia exacta de la bacteria madre en cada división.

La sexualidad y su consecuencia, la diversidad de cada elemento de la especie, constituyeron la base de la evolución de los seres vivos, al mezclarse el azar con la selección natural, modular la especie a lo largo del tiempo, hacer desaparecer algunos de sus miembros y favorecer a otros en función de su adaptación. Según Degos, esta "regresión" no se puede considerar como un "progreso".⁵⁸

En el ámbito de la clonación terapéutica, en Estados Unidos se han realizado experimentos para la generación de tejidos.⁵⁹ Aunque todavía están en etapa experimental, los sistemas para crear tejidos artificiales consisten en hojas extendidas de células de una línea de células específicas. La clonación terapéutica se aplica también en la producción de medicamentos, y los médicos y los enfermos la prefieren ya que el producto clonado, a diferencia del purificado a partir de elementos extraídos del cuerpo humano o de animales, evita problemas como los provocados por los derivados de la sangre (hepatitis o sida).

Los productos clonados tienen la característica de ser homogéneos, reproducibles en cantidades ilimitadas y sin contaminación, por lo que entran en la categoría de medicamentos, con las correspondientes garantías de control y calidad, eficacia y calibrado, lo cual no ocurre con otros productos. Los medicamentos clonados provienen de auténticas fábricas biológicas, en las que organismos genéticamente modificados elaboran productos naturales en cantidades industriales. El gen codificador para un medicamento se inserta en bacterias, levaduras o incluso en las células de organismos pluricelulares, vegetales o animales, modificadas y cultivadas, que lo reproducen en múltiples ejemplares. De esta manera se comercializan ahora numerosos factores de coagulación; la mayor parte de las hormonas, como la insulina, el interferón, la eritropoyetina; nuevas vacunas; medicamentos contra el cáncer y fármacos contra las inflamaciones agudas, entre otros.

Como se vio al abordar el tema del aborto, uno de los aspectos más debatidos es el que se relaciona con el estatuto del embrión. El embrión potencialmente humano no puede considerarse como una cosa. Existen en el mundo decenas e incluso centenas de miles de embriones de padres que lograron tener hijos mediante las TRA y que dejaron embriones congelados en las clínicas de fertilidad. Esos embriones se conservan en los laboratorios durante cinco años para un fu-

turo familiar. Una vez que pasa este periodo, ¿los embriones pertenecen a los padres, a los laboratorios, a la sociedad o a nadie, puesto que tendrían finalidad y destino propios? La manipulación de los embriones como fuente de vida y de células terapéuticas replantea su naturaleza.

El embrión instrumentalizado viviría para otro y no para sí mismo, se sacrificaría por otro sin haber podido elegir. A partir de esta perspectiva la clonación terapéutica es tan discutible como la clonación reproductiva.

Desde el punto de vista de los derechos humanos,⁶⁰ si consideramos al embrión como vida humana, ésta no puede ser objeto de negociaciones o de consensos cívicos o ideológicos. La Convención Americana de los Derechos del Hombre enuncia en su artículo 4: "Toda persona tiene derecho al respeto de su vida, éste debe ser protegido por la ley y, en general, a partir de la concepción." La distinción científica entre embriones y preembriones (desde la fecundación hasta los 14 días), según María de la Paz Bossio, en nada cambia la existencia de vida humana y no afecta el concepto jurídico de la persona por nacer, aunque la discusión de fondo es si desde la concepción podemos considerar al embrión como ser humano con derechos y obligaciones cuando aún no tiene conciencia ni autonomía para decidir.

Hay quienes argumentan que el problema del uso de los cigotos humanos sobrantes de tratamientos de infertilidad por medio de fecundación in vitro, para la obtención de células estaminales o cualquier otro tipo de investigación biomédica básica, tanto preparados recientemente como criopreservados, y que de otra manera serían destruidos tarde o temprano, se deriva de la identidad que se establece entre el embrión y el ser humano.

Esta identidad no es un hecho de observación, no proviene de la naturaleza y, por tanto, no puede documentarse en forma experimental; se trata más bien de una extrapolación teórica basada en la secuencia cronológica del desarrollo embrionario, frecuentemente teñida de implicaciones ideológicas o religiosas. Dadas las circunstancias favorables, un cigoto puede llegar a convertirse eventualmente en un ser humano, actual o potencial. Sin embargo, en la medida en que se acepta esa identidad, el cigoto disfruta de los mismos derechos y su vida merece el mismo respeto que la de cualquier otro individuo de la especie *Homo sapiens*.

De acuerdo con esta postura, un grupo de médicos y de expertos en ética no sólo condenan los estudios de células estaminales derivadas de embriones humanos, sino también el uso de la fertilización in vitro como tratamiento de la infertilidad, basados en que

implica la destrucción de los cigotos sobrantes del proceso, lo que equivale a un homicidio múltiple. Para evitar este "delito", en España e Inglaterra se utiliza el concepto de preembrión con el argumento de que la vida potencial humana comienza no en el momento de la fecundación, sino cuando el óvulo haya sido anidado en el endometrio uterino; en ese periodo previo, al considerarse al cigoto como un precursor de un ser humano, la investigación está permitida.⁶¹

Otro de los aspectos éticos que se debaten con respecto al embrión es su instrumentalización. El argumento de finalidad es válido para cualquier tipo de embrión: no puede haber dos estatutos de embrión, uno para el que es conservado porque se desea vehementemente un hijo y otro para el que es abandonado por sus padres y utilizado como medicamento. La visión liberal considera que en el periodo previo a la implantación en el útero no existen razones éticas que impidan la experimentación en embriones para fines terapéuticos.

Por tanto, no se aplica ahí ningún criterio utilitario que instrumentalice a una persona y le cause un daño irreversible, mucho menos que se esté pensando en los embriones como material de "desguace" o como materia prima en procesos industriales de investigación. En todo caso, para evitar cualquier exceso se deberían establecer controles legales estrictos y excluir por falaz el argumento de la "pendiente resbaladiza", en el sentido de que comenzar con la experimentación en embriones para fines terapéuticos conduciría necesariamente a su industrialización con fines comerciales.⁶²

La idea de utilizar la clonación humana como método reproductivo es rechazada por la sociedad y hace que desde la política se elaboren leyes que prohíban el uso de esta tecnología. La legislación vigente en los distintos países no contempla la clonación humana o si lo hace difiere mucho en cuanto a las penas aplicables. En 1997, 19 naciones firmaron el primer texto jurídico de derecho internacional, la Convención de Asturias de Bioética, que prohíbe la clonación de seres humanos. La Unesco, la Unión Europea, los Parlamentos de Alemania e Italia, el Congreso de Estados Unidos y el Vaticano se pronunciaron también en contra de la clonación humana.

Pero si se observa con un enfoque más cercano se pueden distinguir diferentes posiciones en cuanto a la investigación científica con células embrionarias humanas. En países como Noruega, Irlanda, Austria, Polonia y Brasil está prohibida; lo mismo ocurre en Alemania, Suiza y Francia, aunque en estas tres naciones se discute la autorización del uso de líneas ce-

lulares ya establecidas y en Francia se ha propuesto que se permita generar cultivos de células estaminales a partir de embriones humanos sobrantes de programas de manejo reproductivo por medio de fertilización in vitro.

Esto último es legal en Japón, Canadá, España, Italia, Finlandia, Suecia, Israel, Singapur y Australia, mientras que en Inglaterra y en China la autorización se extiende a la creación de embriones humanos para investigación biomédica. En Estados Unidos, los fondos federales sólo pueden usarse para trabajar con líneas de células estaminales embrionarias establecidas (2001), pero no para generarlas.⁶³

Así, se pueden distinguir dos grandes líneas en torno a la legislación sobre los procedimientos con embriones humanos: la primera es la línea anglosajona,⁶⁴ que se caracteriza por la visión utilitaria del embrión, reflejada en leyes que incluyen el término *preembrión*, referente a la fase de preimplantación (0 a 14 días); en esta etapa el embrión es carente de dignidad humana y se afirma que aún no es vida humana propiamente. El argumento es que la producción de embriones en la etapa anterior a su implantación en el útero no pone en riesgo la dignidad personal, puesto que para que ésta exista no es suficiente su identidad genética dada por el ADN. Si así fuera, cada célula desechada sería un atentado contra la dignidad personal. En esta etapa, el embrión empleado para extraer células estaminales es una masa indiferenciada de células en fase de blastocito aún no individualizada. Desde esta perspectiva, es difícil decir que en las intervenciones médicas se destruye a un individuo humano y que se está afectando el desarrollo de una persona.⁶⁵

La segunda línea se caracteriza por la visión proteccionista del embrión y sus leyes son mucho más estrictas: se prohíben la clonación y la congelación de embriones, y la clonación terapéutica está en debate, aunque implica la destrucción posterior del embrión clonado, lo que suscita cuestiones éticas. A pesar de que Estados Unidos no quiere quedar a la zaga en el ámbito de los descubrimientos biomédicos, su legislación es más proteccionista que utilitaria, lo que constituye un freno en la práctica. Así, las leyes que podrían prevenir el nacimiento del primer clon son difíciles, pues atraviesan áreas complejas de la jurisprudencia, en particular al proteger una vida aún no existente contra los peligros reproductivos en una sociedad occidental que favorece la autonomía reproductiva.

Indudablemente la biología molecular y la ingeniería genética han venido a reformular áreas sustantivas de la medicina y a replantear conceptos fundamentales como el de la vida y la muerte, alterar las estructu-

ras y las formas de organización social y reajustar las leyes para determinar los límites entre lo permitido y lo prohibido. La dialéctica entre los avances científicos y la socialización de los conocimientos tiene ritmos y lógicas distintas, que en ocasiones entran en conflicto y afectan el avance de las investigaciones.

MEDICINA Y FINAL DE LA VIDA

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Es un hecho que en las sociedades industrializadas y no industrializadas las poblaciones envejecen y tienen un promedio de vida más alto. El cambio en la trayectoria de las enfermedades, los avances en los sistemas tecnológicos que mantienen la vida, las limitaciones en los recursos de salud y los asuntos que rodean la autonomía del paciente, así como su derecho a una muerte digna son las preocupaciones que hoy están en discusión. Todas estas cuestiones presentan diversos aspectos (legales, económicos, éticos, psicológicos) relacionados con el fin de la vida y surgen preguntas como dar o retirar los cuidados, o asistir en la muerte al paciente, entre otras. Desde la década de 1990 se ha desarrollado un movimiento tendiente a practicar la medicina paliativa para mejorar la calidad de vida de los enfermos con graves padecimientos crónicos o terminales, y la de sus familias.

La definición de cuidados paliativos dada por la Organización Mundial de la Salud en el 2002 sostiene: "El cuidado paliativo es un acercamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que enfrentan enfermedades que amenazan su vida, busca prevenir y aliviar el sufrimiento a través de una identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor, así como de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales."⁶⁶

En Estados Unidos se ha desarrollado un programa con fondos públicos suficientes para quienes mueren de cáncer o de enfermedades crónicas; sin embargo, aún hay desafíos importantes que superar. En un estudio de más de 10 000 pacientes se detectó que la comunicación entre éstos y sus familias con los médicos y otros profesionales de la salud es deficiente, que el costo de los cuidados a un enfermo terminal con frecuencia acaba con los ahorros de la familia y que los pacientes siguen sintiendo dolor en los últimos días de su vida.

Incluso hay barreras institucionales, educativas y económicas que no han sido superadas y que requieren esfuerzo, por ejemplo, los médicos no están sufi-

cientemente preparados para lidiar con las angustias de la familia y participar en la transformación de la cultura del morir donde la muerte sea vista como parte de la vida. Uno de los mayores retos es convencer a los enfermos de que conozcan la información sobre las opciones que los cuidados paliativos ofrecen cuando tienen síntomas graves o están falleciendo.

El personal de salud, especialmente los médicos, deben ser sensibles y empáticos para saber transmitir los mensajes con tranquilidad e infundir seguridad y confianza en el paciente y su familia sobre las distintas rutas que han de seguir, así como sobre los recursos disponibles para el tratamiento, todo ello con respeto de las dinámicas sociales y culturales de estos últimos. Los cuidados paliativos deben ser parte integral de los sistemas nacionales de salud, ya sea en los hospitales o en centros de cuidado para los adultos mayores. También se deben estimular más investigaciones relacionadas con las enfermedades terminales, como el manejo del dolor, la disnea y la náusea, que impactan dramáticamente en las fases finales de las enfermedades.

Desde la perspectiva ética, Callahan⁶⁷ analiza el proceso mediante el cual la concepción de la muerte ha cambiado y el papel que la medicina moderna ha desempeñado en este movimiento. Hace 40 años, explica, ha existido un esfuerzo masivo para asociar la muerte con la dignidad. Las técnicas dominantes han sido el cuidado paliativo y los asilos, así como el mejoramiento de la educación sobre el fin de la vida a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. Sin embargo, ha habido cierta ambigüedad en ese campo.

Los esfuerzos por mejorar el cuidado pueden estar eludiendo inadvertidamente la muerte misma, al centrarse en las estrategias y técnicas paliativas. El punto de partida de Callahan para explicar la relación entre los cuidados paliativos y la muerte en sí misma es la era premoderna, donde persistía una actitud ante la muerte, inalterada por siglos, según la cual había que aceptar inocentemente el destino y la naturaleza humana. Cada cultura desarrollaba alrededor de la muerte prácticas para catalizar su impacto público mediante rituales de duelo y otras costumbres espirituales. La forma en que las personas morían y el significado de la muerte estaban inextricablemente unidos.

El cambio de esta visión se dio en las décadas de 1950 y 1960. Con el progreso de la medicina en la posguerra en ámbitos como la farmacología y el desarrollo de nuevas tecnologías para preservar la salud, parecía que la ciencia podía por fin hacer algo sobre la muerte, y los médicos fueron muy entusiastas para acoger la causa que consistía en luchar agresivamente para salvar vidas, objetivo que en ese momento pa-

recía plausible y que tenía un acento moral indudable. La calidad de vida, el pronóstico irrecuperable o el dolor inducido por los tratamientos se consideraban irrelevantes ante el imperativo tecnológico de usar todos los medios posibles al alcance para salvar vidas a cualquier costo. La consigna de salvar vidas se sustentó moralmente con el principio de la santidad de la vida, lo que le dio gran fuerza a la empresa.

Sin embargo, a principios de los setentas vino la reacción, cuando aparecieron las quejas acerca de los tratamientos dolorosos e ineficientes, sobre el abandono de los pacientes al final de la vida y el sentido de vivir conectado a tubos y monitores para mantenerla artificialmente. Estas quejas tendieron a redireccionar los esfuerzos para mejorar la calidad de la vida en el final, sin que se haya reflexionado a fondo sobre el significado de la muerte. Las dos tendencias –la de luchar contra la muerte como si fuera un enemigo por vencer y la de los cuidados paliativos– convivieron y crearon una situación ambivalente ante la muerte.

Por un lado, los cuidados paliativos que buscan aliviar el dolor y el sufrimiento como parte de la práctica clínica y como una de las metas más loables de la medicina, para lo cual se requiere que tanto el médico como el paciente acepten la muerte como una parte inevitable de la vida y, por el otro, la existencia de programas de investigación que necesitan muchos recursos materiales y humanos para combatir y ganarle la batalla a la enfermedad y a la muerte, por ejemplo en la investigación en células estaminales o en programas contra el cáncer. En este contexto, la muerte no debía ser aceptada, sino eliminada.

No es fácil reconciliar estas dos caras de la medicina. Las investigaciones médicas tratan la muerte como un evento accidental y contingente, y la subordinan a las grandes posibilidades futuras, enfoque que se trasluce incluso en la práctica clínica con la consigna de que la buena medicina salva vidas. Los médicos no deben darse por vencidos: deben negarse a negociar con la muerte, pues eventualmente todas las enfermedades encontrarán la cura. Mientras tanto, las nuevas tecnologías permiten vivir algunos días, semanas o meses de más. Las historias milagrosas de los médicos se inscriben en esta lógica, aunque la mayor parte de las veces sólo prolonguen los tratamientos, el sufrimiento y el momento de morir.

No hay inconsistencia en ayudar a alguien a bien morir y simultáneamente buscar la cura que suele beneficiar a futuros pacientes que pueden fallecer a causa del mismo padecimiento; lo que hay es un fuerte choque psicológico entre el valor de la aceptación de la muerte cuando es inevitable y el rechazo de la

misma como un asunto de principios en la ambiciosa investigación médica.

Entre la aceptación y la negación de la muerte parece haber una nueva propuesta que consiste en la posibilidad de tomar decisiones compartidas, en equipo, donde participen el médico, los especialistas en cuidados paliativos, el paciente y los familiares, e incluso las comisiones de ética de las instituciones de salud. Actualmente hasta los conservadores religiosos y los defensores de los discapacitados se reúnen en equipos para evidenciar lo que según ellos son los motivos de aquellos que buscan tener acceso a la muerte, como quienes están expuestos a la insensibilidad moral, la denigración y la discriminación, quienes viven con discapacidades y enfermedades, o el deseo cruel de reducir costos al eliminar la carga económica.⁶⁸

Ellos se suman así a la nueva inestabilidad que actualmente complica la ambivalencia frente a la muerte. La confusión frente a ésta es compartida por el público que, en general, se resiste a pensar en la eventualidad de ella, lo que se puede observar en el reducido número de personas que dejan testamentos y en quienes prefieren mirar hacia otro lado. La muerte se ha convertido en un asunto multidimensional y los desacuerdos entre médicos y pacientes, entre éstos y sus familias, entre los mismos parientes y los médicos, entre los hospitales y las culturas médicas, complican el panorama.

Muchas personas consideran que se deben dejar instrucciones por adelantado ante la eventualidad de no poder decidir con autonomía cuestiones relacionadas con el final de la vida, para evitar controversias; sin embargo, cada situación tiene sus especificidades y tampoco se puede asegurar que los deseos de la persona se cumplan cabalmente.

El concepto de dignidad en el momento de morir no es un principio abstracto. La pérdida del control físico y mental, el deterioro corporal marcado por la incontinencia, el dolor, la humillación, la dependencia de otros para poder existir son ejemplos de la falta de dignidad. Uno deja de ser la persona que alguna vez fue y quiso ser, al asumir una nueva identidad física e incluso psicológica con la que no está conforme en el trayecto de una enfermedad grave o terminal. El sentido de pérdida de la dignidad puede ser entendido como el último insulto que tiene la vida antes de la muerte, como algo moralmente malo. Nadie debe sentirse de esta manera; es difícil encontrar falta de dignidad cuando existe la aceptación de morir, sobre todo en los adultos mayores. Incluso hay quienes ven esta etapa de la vida como una oportunidad para convivir y acercarse más al ser querido.⁶⁹

Algunas personas pueden ser ambivalentes al respecto y otras se aferrarán a los adelantos médicos para seguir viviendo. Al final todos moriremos y nuestro diseño biológico no es un asunto del bien o del mal, aunque las decisiones que implica fallecer sean difíciles. Lo cierto es que lo que todos tenemos es la esperanza de morir rodeados por médicos y profesionales de la salud que entiendan nuestras necesidades y circunstancias al llegar el momento.

LA EUTANASIA

Una de las discusiones más intensas de los últimos decenios relacionadas con el fin de la vida es la que aborda la cuestión de la eutanasia y todas sus variantes. Las actitudes médicas frente al enfermo pueden ser de diferentes tipos. La eutanasia es entendida como la intervención de la medicina por acción u omisión con objeto de suprimir la vida en forma prematura. Es distinta del suicidio asistido, que responde a una petición del paciente. La eutanasia se basa en una decisión médica cuyo móvil es la piedad, aunque para muchos constituye una atribución exagerada de la libertad médica. Por ejemplo, cuando se administran fármacos en exceso para aliviar el dolor, siempre será una incógnita si el acto médico que produjo el deceso fue con intención o por “doble efecto” calmar el dolor al mismo tiempo que se acelera el tramo hacia la muerte.

Otro concepto que vale la pena aclarar es el de la distanasia, según la cual hay una exageración del valor de la vida que impide una muerte digna por el denominado *encarnizamiento terapéutico*. En la eutanasia predomina el deseo caritativo y en el otro extremo (distanasia) se sobrevaloran la ciencia o los dogmas médicos para combatir la muerte con todo lo que esté al alcance y a pesar de todo.

La ortotanasia pretende mantener el equilibrio entre ambas posiciones: ni matar ni impedir morir. Esta acción es regulada técnicamente e implica una relación consensuada entre la familia y el equipo profesional. En la ortotanasia se antepone la dignidad del paciente y sus deseos, y se diluye la responsabilidad directa del médico. Desde el punto de vista de Cibeira,⁷⁰ la eutanasia, el suicidio asistido y la distanasia incrementan el poder del médico cuando en realidad la ciencia, ante un pronóstico inexorable, adquiere connotaciones sociales, por lo que deben intervenir en forma directa la familia, el comité de bioética y, eventualmente, la justicia.

La atención de la bioética contemporánea a los cuidados al final de la vida tuvo su ímpetu inicial en la

Suprema Corte de Nueva Jersey en 1976, con la decisión del caso de Karen Ann Quinlan. Después de una sobredosis de alcohol y droga la paciente entró en coma y se mantuvo con respirador y alimentos parenterales (estado vegetativo). Permaneció en posición fetal durante nueve años y llegó a pesar 34 kg. La petición de los padres después de una larga lucha legal fue concedida el 11 de junio de 1985, cuando Karen tenía 31 años de edad.⁷¹

La Corte se basó en el principio del respeto de la elección autónoma y sustentó su veredicto en la primera, cuarta y quinta enmiendas de la Declaración de Derechos Civiles, que se refieren al derecho de privacidad. El veredicto no le dio peso a los deseos de los padres de Karen o a sus médicos: la única persona con algún derecho legal a demandar era la misma señora Quinlan. Pero ella no estaba capacitada para proceder con la demanda ni había dejado directrices anticipadas previas al incidente.

Al aplicar el ideal de la autonomía, la Corte le dio la vuelta al problema central, y argumentó que si ella fuera competente tendría la opción de que le retiraran los aparatos, no tenía por qué perder ese derecho sólo por su incompetencia y su padre podía ejercer este derecho por ella, siempre que actuara sobre lo que él creía que eran los deseos de su hija y por sus propios intereses. Desde este momento, ha estado presente el marco de la autonomía para conceptuar las decisiones relacionadas con el final de la vida.

La reglamentación legal de la eutanasia activa (en forma de suicidio asistido o de la determinación de los médicos de terminar con la vida de un paciente por compasión) en los Países Bajos ha desatado fuertes debates sobre las modalidades que puede adquirir el final de la existencia. Como hemos visto, la eutanasia alude profundamente a la autoimagen y a la imagen del mundo del hombre, a la comprensión de la enfermedad y la muerte.⁷² La experiencia en Holanda ha sido interesante, y a pesar de que la ley prohibía la eutanasia y el suicidio asistido, en la práctica las autoridades en general no actuaban en contra de los médicos involucrados y en los pocos casos en que lo hacían las penas aplicadas eran muy leves.

En un estudio realizado en 1995 se comprobó que de 9700 solicitudes anuales de eutanasia activa voluntaria se llevaron a cabo 3200 y en ese mismo lapso se registraron 400 suicidios asistidos voluntarios y 900 casos de eutanasia no solicitados. Además, en cerca de 25 000 casos la muerte era acelerada debido a los tratamientos contra el dolor y otros problemas. En 27 mil casos la muerte sobrevino debido a la suspensión o a la falta de iniciación del tratamiento; en conjunto,

estos 58 000 casos constituían 43 % del total de las muertes anuales en los Países Bajos.⁷³

Con base en estas cifras, en 1997 la Real Sociedad Médica de Holanda hizo una propuesta al gobierno para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido en adultos mayores de 17 años, a lo que los Ministerios de Justicia y Salud, Bienestar y Deportes respondieron en ese mismo año con el establecimiento de cinco comités regionales para evaluar retrospectivamente todos los casos comunicados de esos episodios, y empezaron a trabajar en diciembre de 1998.

Cada comité estaba formado por un médico, un abogado y un experto en ética, y su función específica era revisar todos los casos en los que la solicitud había sido hecha por un enfermo competente. Los casos detectados se enviaron a un comité que centralizó la información para evaluar la eutanasia. En 1999 el gobierno introdujo la propuesta para legalizar el suicidio con ciertas condiciones, entre las que se incluyó que los comités permanecieran en funciones y que sus conclusiones fueran obligatorias para las autoridades penales, o sea, que los médicos ya no serían sujetos de otra evaluación por parte de los fiscales locales. Con la legalización de la eutanasia en abril de 2001, ésta dejó de ser considerada un crimen u homicidio desde el punto de vista legal, lo que posibilitó su práctica en el marco de una reglamentación ética y jurídica rigurosa, secular y laica aplicable a los médicos y a la sociedad.

En 1998, en el estado de Oregon (EUA) se legalizó el suicidio asistido por médicos y al parecer en otros estados se ha considerado la discusión sobre el tema. La ley busca asegurarse de que la acción de quitarse la vida sea libremente elegida por individuos competentes en pleno uso de sus facultades y no como un acto de desesperación ante ciertas circunstancias adversas. La ley de Oregon incorporó procedimientos legales elaborados y fastidiosos para evaluar cada caso, pues lo que se busca no es saber si la decisión es sabia o no, sino que la elección realmente sea de la persona que lo solicita.⁷⁴ En este sentido, la ley se fundamenta en el principio de la autonomía y responsabiliza claramente al paciente sobre su propia decisión.

La *Ley de Muerte y Dignidad* de Oregon especifica un elaborado procedimiento consistente con los más rigurosos estándares del voluntarismo. Entre los requisitos figuran dos solicitudes orales de fármacos letales con por lo menos 15 días de diferencia, una solicitud escrita avalada por dos testigos seguida de un periodo de 15 días de espera, una evaluación de que el paciente es capaz de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y finalmente la oportunidad de que

pueda rescindir la solicitud en el momento en que lo desee. Antes de prescribir los medicamentos letales el médico debe informar al enfermo terminal sobre las opciones del suicidio (como los cuidados paliativos, etc.) y explícitamente darle la oportunidad de desistir antes de cumplirse el periodo de 15 días.

Como se advierte, en este procedimiento los otros están ausentes y la decisión se centra exclusivamente en la elección racional del paciente, por lo que no hay consenso ni discusión abierta acerca del tema. Algunos de los argumentos en contra de la ley que despenaliza la eutanasia se basan en el temor de que el derecho de morir se convierta en el deber de morir, o que la eutanasia sea practicada por los médicos sin la voluntad explícita de los pacientes moribundos, lo cual, como se ha visto, constituye un abuso. Este último temor está considerado en el diseño de procedimientos de la ley de Oregon.

Además, esta ley estipula que las drogas letales sean autoadministradas y no aplicadas por los médicos u otras personas cercanas, con lo que se pretende afianzar la decisión voluntaria del suicidio.

Es significativo que tanto la experiencia de Holanda como la de Oregon no sugieren el desliz inminente por la pendiente resbaladiza, pues las solicitudes han sido poco numerosas. En Oregon, 21 personas eligieron terminar con su vida ingiriendo medicamentos letales prescritos por un médico (0.33 % de las 6365 muertes en 2001 por padecimientos similares) y esta cifra se ha mantenido relativamente estable (entre 16 y 27 al año), lo que descarta la teoría de la pendiente resbaladiza. Por tanto, autores como Lee concluyen que no hay razón para interponerse en el camino de quienes están convencidos de los beneficios de la legalización de la eutanasia.

Quienes se oponen al suicidio asistido por médicos deberían centrar sus esfuerzos en ayudar a descubrir los posibles significados y esperanzas que ofrece la vida, y a cuidar con amor y compasión a quienes experimentan el sufrimiento, así como abstenerse de amenazar a los médicos con castigos legales si actúan en contra de sus convicciones ideológicas y religiosas relacionadas con la eutanasia.

En México el tema de la eutanasia comenzó a discutirse en el Senado de la República en junio de 2007, cuando la Comisión de Salud presentó una iniciativa para permitir la terminación voluntaria de la vida en ciertas condiciones. Sus defensores sostienen que no se contraponen a los principios religiosos y consiste en que a los enfermos en fase terminal se les deje de suministrar los medicamentos o se les retiren los aparatos que los mantienen con vida artificialmente.

El proyecto, denominado *Ley del derecho a la muerte digna*, busca reformar el *Código Penal Federal* y crea la *Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo* para aquel paciente a quien le haya sido diagnosticada una muerte segura en un máximo de seis meses, además de que él o su familia hayan dado su consentimiento. La eutanasia pasiva consiste en que a un paciente terminal se le dejan de suministrar medicamentos o le sean retirados los aparatos que lo mantienen con vida, mientras que en la activa se busca provocar directamente la muerte del enfermo.

En ambos casos se cuenta con la asistencia del personal de salud, de la familia o de otras personas significativas. Cabe hacer notar que los principios que sustentan la argumentación de la propuesta de ley siguen siendo los de la elección racional y la autonomía de las personas adultas, aunque en el lenguaje de los políticos que sustentan la propuesta se habla de la familia y la dignidad. Se espera que la iniciativa se discuta y se apruebe, ya que cuenta con el apoyo de la mayoría de los partidos representados en el Congreso de la Unión y con la anuencia de la Secretaría de Salud, que depende del Poder Ejecutivo.⁷⁵ No obstante, ya hay voces conservadoras que abogan por los cuidados paliativos y no por la eutanasia.⁷⁶

DEL PRINCIPIO DE LA AUTONOMÍA A LAS DECISIONES CONSENSUALES

En la actualidad, más de 30 años después del caso Quinlan, hay quienes cuestionan el principio de la autonomía y la elección racional como sustento argumental de la eutanasia porque, desde su punto de vista, no coincide del todo con la realidad. Esto no quiere decir que la protección de la autonomía del paciente en los cuidados al final de la vida, como en cualquier tratamiento e investigación en medicina, sea poco importante, pero ha tenido escaso efecto en las prácticas alrededor del final de la vida (y, según Burt,⁷⁷ mucha pose ficticia y abundante bibliografía filosófica especializada en bioética).

Esto se evidencia en los esfuerzos fallidos en Estados Unidos (país donde la elección racional está más desarrollada) para persuadir a las personas a disponer e implementar directrices para proteger su autonomía por adelantado si por alguna razón quedaran incompetentes. En 39 estados de la Unión Americana las leyes especifican que si la persona incompetente no ha dejado directrices específicas sobre el cuidado a su salud por adelantado, el Estado tomará las decisiones de acuerdo con la premisa de lo que la mayoría de la

gente querría y de lo que el sistema jurídico establece, considerando primero a la esposa, después a los hijos adultos y así sucesivamente. La explicación del fracaso del movimiento para promover las directrices por adelantado emergió con fuerza en la década de 1990, con el estudio SUPPORT (*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments*), que realizó una encuesta a más de 10 000 personas gravemente enfermas y a sus familias para indagar acerca de las alternativas informadas sobre cómo actuar al final de la vida. Los datos revelaron que casi todos los pacientes y sus familias no querían tomar decisiones sobre los cuidados en esta etapa.

Aunque la mayoría de los enfermos en el estudio fueron persuadidos para que llenaran los formatos con sus directrices adelantadas, una porción sustancial de ellos ignoraron lo que habían escrito a medida que la muerte se acercaba. Simplemente no querían hablar de la realidad de enfrentar la muerte y la mayoría de los médicos les devolvieron el favor con una reuencencia igual a hablar sobre el morir.

Hay dos maneras de responder a esta realidad: una es la dominante en los últimos 30 años y consiste en redoblar los esfuerzos para promover la toma de decisiones de los pacientes y sus familiares, y la segunda es descentrar la atención del marco de la elección individual y autónoma para analizar otras perspectivas. Como hemos señalado, uno de los objetivos de promover el ejercicio de la autonomía del paciente era limitar el abuso de la autoridad de los médicos al recetar tratamientos dolorosos o terapias sin posibilidad de éxito o, por otro lado, evitar que retiraran los fármacos para aliviar el dolor o abandonaron a los pacientes moribundos. No obstante, ante la reticencia de las personas a dar las directrices por adelantado este problema no se resuelve.

Las personas se resisten a ejercer la elección en asuntos relacionados con el final de la vida por las dificultades cognoscitivas que inescapablemente afectan a cualquiera al contemplar su realidad ante la muerte. Según los defensores del principio de la autonomía, que se han dado cuenta de esto, se debe cambiar la forma de pensar y pasar de la negación de la muerte a una visión que la conciba como parte natural de la vida, como cualquier otro fenómeno biológico inevitable normal. Se puede asociar este enfoque con el del "destino inocente" de la cultura occidental premoderna al que hicimos referencia.

Pero se elude conocer más de este fenómeno biológico inevitable no sólo por el miedo a la muerte, sino por un letargo cognoscitivo en la habilidad humana para comprenderla. Se puede hablar sobre las elec-

ciones racionales comparando el miedo ante la muerte con el temor a una experiencia continua de cara a la enfermedad, la discapacidad y el sufrimiento, con lo que se construye una apariencia convincente de la elección autónoma al contemplar la muerte. Pero es muy difícil, en el núcleo del pensamiento, el convencimiento íntimo de que la muerte es algo comprensible. Es algo más que una condición futura con beneficios inciertos y pérdidas.

Es más que la ausencia de vida; es la ausencia misma, la contradicción intrínseca de lo significativo. El propio principio del ser racional que sustenta la autonomía y le da su coherencia se ve radicalmente desestabilizado y alterado hasta hacerse incomprensible ante la inminente cercanía de la muerte.

Con este argumento hay quienes consideran que existen personas incapaces de ejercer sus opciones para el final de la vida, pero otras no. Por tanto, habría que reconocer a estos últimos individuos competentes para que ejerzan su autonomía mediante una elección racional. Pero las dificultades para trazar las fronteras al hacer la distinción son tan profundas y las consecuencias del fracaso inevitable tan graves que no se deberían aplicar estas categorías en el núcleo de las prácticas ligadas a los cuidados al final de la vida.

De acuerdo con Burt, la explicación más convincente de los abusos médicos en los sistemas de salud sobre los pacientes moribundos es la sensación de malestar (*wrongness*) ante la muerte. La incomprensión se traduce en la convicción de que es un error y está desajustada en un mundo que puede ser comprendido racionalmente. En el lenguaje médico, la muerte es entendida como un error que debe corregirse, algo a lo que se deben oponer y negar con el fin de ganarle la batalla.

Sin embargo, este enfoque no resuelve el problema de la incomprensibilidad de la muerte. Vista como un error, lleva al empoderamiento médico, al abuso contra los pacientes terminales y a la convicción de que es moralmente mala. Esta ambivalencia moral frente a la muerte puede negarse conscientemente en distintos grados, pero para la mayoría de la gente la resistencia exitosa a este entendimiento moral es limitado. Es como si una persona dejara de pensar en los elefantes por una orden recibida: hagas lo que hagas no debes pensar en elefantes.

Las consecuencias de las prohibiciones de tener pensamientos no permitidos sobre el mal moral de la muerte se perciben como un peligro y con miedo. Si la muerte es un mal moral y no se puede evitar morir, entonces se sigue que alguien debe ser castigado por hacer el mal.

Hace 30 años a los médicos se les responsabilizaba de tomar decisiones racionales frente a sus pacientes terminales. Hoy han sido relevados de esa carga; no obstante, la necesidad de culpar a alguien no ha desaparecido, sólo ha cambiado su estructura: como la elección pertenece a los individuos, el castigo será autoimpuesto. El contenido preciso de ese castigo puede variar, con más o menos fármacos para el dolor, con la petición de un suicidio asistido, etc., pero en todos los casos, el abuso anterior de los médicos sobre los moribundos ahora aparece como abuso del paciente moribundo sobre sí mismo.

Sin embargo, el abuso contra los enfermos terminales, ya sea autocausado o por yatrogenia, se puede evitar. Sólo la ambivalencia sobre la muerte es inevitable, y el ímpetu de transformar esa ambivalencia hacia el abuso es la negación, no la negación de la muerte en el sentido convencional como constructo cultural, sino la negación del malestar de la muerte. Como este malestar no puede ser totalmente reprimido por las visiones racionales de final digno, bueno y aceptable, en el momento del deceso el sentido inconsciente del malestar y la culpa se expresan en las relaciones humanas, en las decisiones que acompañan el acto de morir. En esta dinámica, la desesperación y la culpa se expresan condenando incluso las acciones tendientes a propiciar una buena muerte como la conducta más adecuada.

El desafío para la regulación social de los cuidados al final de la vida es identificar las circunstancias en las que esta dinámica del mal se instala y diseñar estrategias veladas. La dependencia respecto de la autonomía del paciente no es un esquema velado, como tampoco lo es la dependencia hacia las decisiones autónomas del médico para decidir cuándo y cómo debe ocurrir la muerte. Para responder, Burt plantea tres propuestas:

1. Nadie debe estar socialmente autorizado a involucrarse en conductas que directa e intencionalmente y sin ambigüedad causen la muerte, ya sea que se trate de otra persona o de uno mismo.

2. Las decisiones que indirectamente tiendan a la muerte deben implementarse sólo después de un consenso al que se llegó entre muchas personas. Ningún individuo singular debe estar socialmente autorizado para ejercer el control exclusivo sobre las decisiones que puedan llevar a la muerte, ya sea la persona que está muriendo, el médico que la atiende o algún miembro de la familia que actúa como el apoderado en cuestiones de salud.

3. Dentro de lo posible, los cuidados al final de la vida no deberían depender de decisiones explícitas

hechas al pie de la cama de la persona moribunda, sino ser dictadas implícitamente por el sistema social, entendido en su connotación amplia y considerando los recursos accesibles, el personal y el escenario institucional, donde existan procedimientos predeterminados que en forma implícita guíen e incluso controlen las decisiones sobre el cuidado de los enfermos.

En la primera propuesta se busca reducir el espacio psicológico de la consabida ambivalencia ante la muerte, pues las decisiones sin ambivalencia que reclaman legitimidad y justicia son psicológicamente imposibles e invitan a contradicciones internas que se reflejan en la acción. En la primera propuesta existe un espacio para esta ambivalencia, ya que las reglas establecidas permiten dejar o retirar el cuidado que mantiene la vida, lo que provee cierta seguridad de que esas acciones en sí mismas no están provocando la muerte: es la enfermedad la que la causa. Al mismo tiempo, la lógica de este razonamiento promueve el conocimiento consciente de la ambivalencia, esto es, del malestar moral que está presente en esos momentos.

La distinción lógica entre aliviar el dolor y precipitar la muerte con la administración de altas dosis de opioides en pacientes moribundos, el principio del doble efecto, tiene la misma función psicológica protectora, pues sirve al mismo tiempo como permiso y como señal de atención al lidiar con la muerte. No obstante, la función protectora de estas reglas lógicas tiende a erosionarse con el tiempo, pues su aplicación rutinaria adormece los sentidos de las personas para distinguir las conductas permitidas y prohibidas en esas normas. La indicación más clara de esta erosión está en los argumentos de quienes defienden la eutanasia y el suicidio asistido por los médicos.

Estos defensores insisten en que dejar o retirar los tratamientos que mantienen la vida y aplicar el principio del doble efecto son lógicamente idénticos en el sentido de que tienen el mismo propósito de causar la muerte sin ambigüedad, que esta identidad lógica significa que todos esos pasos son moralmente equivalentes y, por tanto, correctos. Lo que no ven es que lejos de justificar el "siguiente paso" hacia la muerte provocada, la plausibilidad de sus reclamos lógicos sobre las prácticas existentes debería despertar la preocupación de que esas prácticas han perdido en sí mismas las funciones protectoras sobre la ambivalencia ante la muerte.

El principio que debe guiar la regulación social parte de que cuanto más cómodos se sientan los pacientes y los médicos con las acciones implicadas en torno a la

muerte, más peligrosas son estas reglas. La preservación de la ambigüedad y lo ilógico entre aceptar y acelerar la muerte, entre el suicidio asistido y el doble efecto, está en la posibilidad de promover la conciencia del malestar moral. Eliminar esta incomodidad, como lo expresan quienes defienden el suicidio asistido y la eutanasia, puede resultar socialmente arriesgado, pues la convicción inconsciente y soterrada del malestar moral radical puede expresarse en irrupciones conductuales de culpabilidad.

La segunda propuesta busca cambiar la asignación de un solo individuo racional autónomo como responsable en la toma de decisiones de acuerdo con la estructura de autoridad vigente. Las leyes por lo general designan apoderados para tomar decisiones aun cuando algún paciente incompetente no haya dejado las directrices por adelantado.

La intención de estas leyes no es simplemente encontrar a quien tome decisiones, sino una elección sin ambigüedad sobre el tratamiento que mantiene la vida de una persona, lo que implica suprimir el malestar moral que acompaña esa decisión. Si esta ambivalencia fuera formulada en términos más protectores psicológica y socialmente en el proceso de la toma de decisiones, las expresiones de las distintas perspectivas llevarían a la discusión de todos los participantes, miembros de la familia, médicos, legistas y comités de bioética, hasta llegar a un consenso sobre mantener o no la vida del moribundo, lo que se entiende como ortotanasia.

Cuando el paciente sea competente y esté preparado para tomar la decisión final, el principio de autonomía se vuelve jerárquicamente superior a cualquier otra opción. Pero incluso en estos casos donde existe claridad hay otros participantes importantes afectados que deberían tener voz, aunque no veto, en la decisión última del paciente, y dárseles la oportunidad de hablar con él y expresar el malestar moral y la ambivalencia ante su muerte. Implementar normas centradas en desarrollar procedimientos de consulta previos a la puesta en práctica de la última decisión podría ser psicológicamente deseable para los familiares y el grupo social cercano que rodean al individuo en el final de la vida.

Aunque el paciente se niegue a acceder a esta consulta y a dar explicaciones, presionarlo para hablar con sus otras personas significativas lo obliga a confrontarse con el hecho de que está suprimiendo su propia ambivalencia al tomar una decisión en la que otros se verán afectados. El humano es un ser social y constituye su identidad en los valores culturales donde se forma, de ahí que lo social está en el individuo y

viceversa. No considerar esa dimensión psicosocial es omitir una de las dimensiones fundacionales de la subjetividad.

Cuando el paciente no es competente y no existen directrices por adelantado, el principio de autonomía no provee bases éticas para darle prioridad a nadie entre las posibles partes afectadas. El imperativo práctico de hacer una elección sin ambigüedad entre opciones binarias puede justificar la imposición arbitraria de cierta jerarquía de quienes toman las decisiones (esposa, hijos adultos, médicos, etc.), pero esta imposición debería posponerse hasta que las partes involucradas sean forzadas a colaborar entre sí para explorar las posibilidades de un consenso genuino.

Hoy día las prácticas médicas no se orientan en este sentido. Los clínicos no están adecuadamente compensados por los costos psicológicos y financieros de participar en estos procesos que consumen tiempo y producen desgaste emocional; más bien, no están capacitados para participar en estos procedimientos consensuales. Los médicos deben haber resuelto antes sus propias ambivalencias frente al malestar moral y resolver la incomodidad que pueden provocarle las decisiones al final de la vida como parte de su rutina profesional.

En el esquema de un individuo autónomo que toma la decisión, el médico no experimenta estos procesos consensuales entre miembros de una familia, pero al mismo tiempo se cancela la elaboración psicológica, social, legal y moral de las decisiones al final de la existencia y aparece el fantasma del abuso ante el paciente terminal.

En cuanto a la tercera propuesta, construir en forma consciente procedimientos sistémicos que implícitamente guíen las decisiones de los cuidados al final de la vida al enfrentar cada caso, se deriva de la misma premisa psicológica de las propuestas anteriores. Las decisiones sistémicas establecen el contexto y dictan con frecuencia la conducta individual junto con las decisiones relacionadas con los recursos disponibles, el lugar donde se prestan los cuidados (la casa, el asilo o el hospital) y el papel que desempeñan los cuidadores profesionales e informales en el desenlace.

Con frecuencia las circunstancias no coinciden con las expectativas y las preferencias de la familia o con las directrices del paciente, sino con las alternativas reales que se presentan en la coyuntura del final de la existencia. Las posibilidades y limitaciones que ofrece el sistema impactan la manera en que las personas viven y mueren, y no se personalizan los cursos de acción que resultan. El sistema en que se desarrollan los acontecimientos es invisible para todos, aunque al re-

flexionar sobre lo vivido pueda verse con claridad lo que pasó y quiénes actuaron en la coyuntura.

Al tomar decisiones acerca de los cuidados a los pacientes terminales se debe sacar ventaja de las implicaciones psicológicas protectoras del sistema al crear las reglas cuando no hay alguna persona en concreto de por medio, y aplicarlas cuando se presentan los casos específicos.

Las tres propuestas tienen un trasfondo en común: el cambio de enfoque que va de la autonomía individual en la elección de alternativas a los arreglos sociales en relación con el final de la vida. En el primer enfoque se niega la ambivalencia sobre la muerte, que al mismo tiempo puede ser atractiva o repulsiva, y cuando el núcleo de la ambivalencia es suprimido y no asumido de manera abierta y sostenida en la aceptación o resistencia ante la muerte, se abren espacios al abuso. Socializar y asumir el final de la existencia de forma consensuada con todas sus certezas y contradicciones son psicológicamente más apropiados para quienes transitan por el proceso hacia la muerte y para quienes los acompañan en ese camino.

En la disputa filosófica sobre la eutanasia y la justificación moral de las acciones tomadas al final de la vida, las posiciones han oscilado del paternalismo médico y la elección racional autónoma del paciente a los procedimientos consensuados donde suele enfrentarse la ambigüedad de la muerte. Los conservadores, basados frecuentemente en creencias religiosas, niegan la eutanasia en todas sus variantes, pues al sostener la santidad de la vida en la trascendencia, le quitan a la racionalidad humana la capacidad de decisión

en aspectos relacionados con las fronteras de la vida y la muerte.

Para defender su posición aluden a dogmas incuestionables de carácter abstracto y general que se aplican en la vida cotidiana, así como a la dimensión jurídica que considera la eutanasia como un crimen en categoría de homicidio. Los liberales que argumentan a favor de la eutanasia, por su parte, sobreponen el interés individual al colectivo⁷⁸ al defender el valor de la vida en cuanto a que tiene un sentido y un significado para la persona autónoma; al perderse éste, la eutanasia voluntaria puede justificarse con ciertas condiciones y con procedimientos confiables y adecuados para su puesta en práctica.

En la bibliografía de bioética laica el argumento se sostiene a partir de casos emblemáticos,⁷⁹ en los cuales personas concretas enfrentan situaciones específicas que deben ser resueltas legal y moralmente, tanto por los sujetos involucrados como por el derecho consuetudinario que se va configurando en las situaciones particulares, sobre todo en la tradición anglosajona del derecho. La tercera posición presentada tiende a una mayor disposición conciliatoria, no niega a priori la eutanasia, pero cuestiona el principio de la autonomía, propone la vía del consenso y la reglamentación sistémica previa como base de los procedimientos relacionados con el final de la vida.

En cualquier caso, la polémica en torno a la eutanasia está vigente en la actualidad y forma parte ya del imaginario colectivo en la mayor parte de las sociedades del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Tamayo, R., *Ética médica laica*, Fondo de Cultura Económica, México, 2002.
2. Cunningham, B. S. y Boulton, M., "The social context of the new genetics", en G. L. Albrecht, Fitzpatrick, R. y Scrimshaw, S. C. (dirs.), *The handbook of social studies in health and medicine*, Sage, California, págs. 176-177, 2003.
3. Carrión, F., "¿Qué es eso del genoma? Del gen al genoma", en *De la biotecnología a la clonación ¿esperanza o amenaza?*, Diálogo, Valencia, 2003.
4. Para la descripción de los genes y la identificación de las enfermedades véase <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>>.
5. Bergerson, B., *Case studies in genes and disease*, ACP, Filadelfia, 2004.
6. Baird, P., "Health and science policy: genetic technologies and achieving health for populations", *Int. J. Health Serv.*, 30:407-424, 2000.
7. Flores, J., "El genoma de Watson", *La Jornada*, México, 12 de junio de 2007.
8. Bergerson, B., *op. cit.*, págs. 217 y 218, 2004.
9. Nelkin, D., "Personal genome sequencing: the answer to all of our worries", *Hasting Center Report*, 1:9, 2003.
10. Roche, P. A. y Annas, G. J., "DNA testing, banking, and genetic privacy", *N. Engl. J. Med.*, 355(6):545-546, 2006.
11. Stock, G., *Redesigning humans: our inevitable genetic future*, Houghton Mifflin, Boston, págs. 231-249, 2002.
12. Lysaught, M. T., "From clinic to congregation: religious communities and genetic medicine", en Lammers, S. E. y Verhey, A. (dirs.), *On moral medicine*, William, B. Eerdmans Publishing, Michigan, págs. 547-561, 1998.

13. Lisker, R., *Medicina genómica: mitos y realidades*, Conferencia impartida en el XXXI Curso Internacional de Medicina Interna, México, 24 de junio de 2006.
14. Carrión, F., *op. cit.*, pág. 33.
15. Pérez Tamayo, R., *op. cit.*, pág. 291.
16. Lisker, R., *Medicina genómica: mitos y... op. cit.*
17. Para una descripción de dos casos experimentales de terapia génica en humanos en los últimos tres años de la década de 1990, *cfr.* Pérez Tamayo, *op. cit.*, págs. 292 y 293.
18. Strachan, T. y Read, A. P., *Human molecular genetics*, Garland Science, Bios Scientific Publisher, Nueva York, 1999.
19. Anderson, W. F., "The best of times, the worst of times", *Science*, **288**:627-629, 2000. Citado en Pérez Tamayo, *op. cit.*, pág. 294.
20. Hamui, S. L., *Una mirada social a la nueva genética*, Alfil, México, págs. 56-67, 2007.
21. Pérez, Tamayo, R., *op. cit.*, págs. 109 y 110.
22. Cibeira, J., *Medicina y bioética en el siglo XXI*, Lumier, Buenos Aires, págs. 126-127, 2004.
23. Castro, R., *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, UNAM, CRIM, México, pág. 375, 2000.
24. Castañeda, A. J., "La enseñanza de la Iglesia Católica sobre la planificación de la familia", en la *Encíclica humanae vitae* <<http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/enciclica.html>>.
25. Salles, V. y Tuirán, R., "Mitosis y creencias sobre la vida familiar", *Revista Mexicana de Sociología*, **58** (2):117-144, 1996.
26. Careaga, P. G., "El concepto de salud reproductiva en las relaciones entre los géneros", en Dulanto, G. E. (dirs.), *La familia*, Editores de Textos Mexicanos, Academia Nacional de Pediatría, México, pág. 538, 2004.
27. Valdés, M., "El problema del aborto: tres enfoques", en Vázquez, R. (comp.), *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, Fondo de Cultura Económica, ITAM, México, pág. 130, 2002.
28. Pérez, Tamayo, R., *op. cit.*, pág. 182.
29. Un caso así sucedió en 1999 cuando una joven de 14 años fue violada y los médicos la privaron de sus derechos legales a abortar debido a las creencias religiosas del médico que la atendió.
30. En las Primeras Jornadas Nacionales de Bioética y Derecho efectuadas el 22 y el 23 de agosto de 2000 en Buenos Aires, organizadas por la Cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Buenos Aires y la Asociación de Abogados de Buenos Aires, María de la Paz Bossio escribió el *Estatuto Jurídico del Embrión Humano*. En dicho documento describe las técnicas de reproducción asistida: a) inseminación artificial; b) inseminación artificial homóloga con semen del marido o varón de la pareja; c) inseminación artificial heteróloga o con semen del donante; d) fecundación in vitro; e) transferencia de gametos a intrafalopianos, y f) transferencia intratubárica de gametos. *Cfr.* <www.aaba.or.ar/bi170p.58.htm>.
31. Calva, R., *Bioética*, McGraw-Hill, México, pág. 112, 2006.
32. Pérez Tamayo, R., *op. cit.*, pág. 114.
33. Strachan, T. y Read, A. P., *op. cit.*
34. Convenio de bioética. Consejo de Europa: *Convention on Human Rights and Medicine*, 1997.
35. Mackler, A. L., *Introduction to Jewish and catholic bioethics. A comparative analysis*, Georgetown University Press, Washington, págs. 176-179, 2003.
36. Pérez, P. G. y Varela, C. Y., "A la búsqueda de una ética global en salud reproductiva", en Hansberg, O. y Platts, M. (comp.), *Responsabilidad y libertad*, FCE, México, págs. 153-166, 2002.
37. Rosen, C., *Preaching eugenics: religious leaders and the American eugenics movement*, Oxford University Press, Nueva York, págs. 14-32, 2004.
38. Testart, J. y Godin, C., *El racismo del gen. Biología, medicina y bioética bajo la férula liberal*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, pág. 50, 2001.
39. *Op. cit.*, pág. 55.
40. Hamui, S. L., *Una mirada social a la nueva genética*, Alfil, México, pág. 34, 2007.
41. Lammers, S. E. y Verhey, A., "Genetic control", en Lammers, S. E. y Verhey A. (dirs.), *On moral medicine*, William B. Eedermans Publishing, Nueva York, págs. 526-527, 1998.
42. Calderón, D., "El ave entre las manos. Técnicas y ética en el diagnóstico prenatal", *Oxígeno* **3** (6):20-23, 2006.
43. Lysaught, M. T., *op. cit.*, pág. 553.
44. Fukuyama, F., *Our posthuman future: consequences of the biotechnology revolution*, Farrar, Straus and Giroux Pan Books, Nueva York, págs. 72-101, 2002.
45. Cole, T. R., "Religion and the human genome", *Journal of Religion and Health*, **31**:2, 170-172, 1992.
46. En la bioética en general se ha acusado a los científicos de "jugar a ser Dios" en situaciones relacionadas con la decisión de quién vive y quién muere. De la misma manera, en la genética la frase surge en dos contextos: el de abortar fetos genéticamente defectuosos y en relación con la manipulación de las células germinales, ya sea humanas o no. La habilidad de crear potencialmente nuevas formas de vida o nuevas modalidades de la individualidad humana parece análoga al poder de Dios como "Creador".
47. Lysaught, M. T., *op. cit.*, págs. 54-60.
48. Thompson, J. A. y cols., "Embryonic stem cell lines derived from human blastocysts", *Science*, **262**:1145-1147, 1998.
49. Shambloott, M. J. y cols., "Derivation of pluripotent stem cells from cultured human primordial germ cells", *Proc. Nat. Acad. Sci.*, **95**:13626-13731, 1998.

50. Pérez Tamayo, R., *op. cit.*, pág. 296.
51. Bergerson, B., *op. cit.*, pág. 160.
52. Pérez Tamayo, R., *op. cit.*, págs. 304 y 305.
53. Ruiz, M. O., "La clonación ¿seres vivos a la carta?", en *De la biotecnología a la clonación, ¿esperanza o amenaza?* Diálogo, Valencia, págs. 99-113, 2003.
54. En el sitio de clonación humana de la Universidad de Stanford se explican tres métodos utilizados para la clonación. <<http://www.stanford.edu/eclipse9/sts129/cloning/methods.html>>. Consultado 25/01/2001.
55. Glenn, M. G., Una cartilla sobre ética y la clonación de humanos. <<http://www.actionbioscience.org/esp/biotech/mcgee.html>>. Consultado 08/11/2005.
56. Ruiz, M. O., *op. cit.*, págs. 99-113.
57. Hamui, L., "La clonación y sus efectos sociales", *Revista de Medicina Interna de México*, **19 (2)**:112-113, 2003.
58. Degos, L., *¿Es inmoral la clonación? Las manzanas del saber*, Akal, Madrid, págs. 38-39, 2005.
59. Klotzko, A., *A clone of your own? The science and ethics of cloning*, Cambridge University Press, Nueva York, págs. 71-102, 2006.
60. Primeras Jornadas Nacionales de Bioética y Derecho efectuadas el 22 y el 23 de agosto de 2000 en Buenos Aires... María de la Paz Bossio. *Estatuto jurídico del embrión humano*. <www.aaba.or.ar/bi170p.58.htm>.
61. Pérez, Tamayo, R., *op. cit.*, págs. 300 y 301.
62. Vázquez, R., "Experimentación en embriones y procreación asistida", revista *Nexos*, **339**:49-52, 2006.
63. Pérez Tamayo, R., *op. cit.*, págs. 298 y 299.
64. Esta clasificación aparece en la sección de clonación de la página <www.embrios.org/clonacion/consideracion_etica.htm> consultada el 8/11/2005. En el caso de la legislación inglesa, la *Ley de Tecnologías Reproductivas Asistidas (LTRA)* se basó en el informe Warnock, mientras que en el caso de España la *LTRA (35/88)* lo hizo en el informe Palacios.
65. Vázquez, R., *op. cit.*, págs. 49-52.
66. Foley, K., "The past and future of palliative care. Improving end of life care. Why has it been so difficult?", *Hastings Center Special Report*, **35 (6)**:S42-S46, 2005.
67. Callahan, D., *op. cit.*, págs. S5-S8.
68. Emanuel, E. J. y cols., "Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers", *Annals of Internal Medicine*, **132 (6)**:451-459, 2000.
69. Connor, S. y Adams, J., "Caregiving at the end of life", *Hastings Center Special Report*, **33 (2)**:S8-S9, 2003.
70. Cibeira, J. *op. cit.*, pág. 106.
71. Cibeira, J. *op. cit.*, pág. 110.
72. Von, E., "La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente", en Von E. y cols. (dirs.), *Bioética y humanidades médicas*, Biblos, Academia Argentina de Ética en Medicina, Buenos Aires, págs. 205-215, 2004.
73. Pérez Tamayo, R., *op. cit.*, pág. 210.
74. Lee, D. E., "Physician-assisted suicide: a conservative critique of intervention", *Hastings Center Report*, **33(1)**:17-19, 2003.
75. El ministro de Salud en México respalda la propuesta para legalizar la muerte asistida. Agencia EFE, 18 de junio de 2007. <<http://mx.news.yahoo.com/s/19062007/38/nacional-ministro-salud-m-xico-respalda-propuesta-legalizar-muerte-asistida.html>>.
76. Ramos, J., Se pronuncia Construye por cuidados paliativos y no por eutanasia, Notimex, 30 de junio del 2007. <<http://mx.news.yahoo.com/s/30062007/7/mexico-pronuncia-construye-cuidados-paliativos-eutanasia.html>>.
77. Burt, R., "End of autonomy. Improving end of life...", *op. cit.*, págs. S9-S13.
78. Calsamiglia, A., "Sobre la eutanasia", en Vázquez, R. (comp.), *Bioética y derecho... op. cit.*, págs. 151-170.
79. Quinlan, K. A., Township, M., Brophy, P. y cols., casos semejantes a los procesos jurídicos de los doctores J. Kevorkian y D. Moor.

Parte

II



**ÉTICA MÉDICA EN
EL EJERCICIO
PROFESIONAL**



Capítulo 8

Algunos aspectos de ética en el desarrollo del ejercicio de la medicina

OCTAVIO RIVERO SERRANO

CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS

La obligación ética inicial para el ejercicio de la medicina es la preparación en conocimientos y destrezas. El artículo multicitado de la Academia de Ciencias de Nueva York,¹ en el sentido de que un número considerable de muertes en ese estado de la Unión Americana se debía a errores médicos, ha tenido fuertes repercusiones. En algunos casos, en otros artículos publicados en ese país se ha señalado que las cifras son exageradas; sin embargo, tácitamente otros aceptan el problema y afirman que una serie de medidas adoptadas han permitido disminuir el número de errores.²

Lo importante es reconocer que aún los indiscutibles adelantos en ciencia y tecnología médicas no impiden que el factor humano esté presente en el desarrollo de la práctica de la medicina y que quizá algunos de los grandes avances, como el uso inmoderado de la tecnología, y la sustitución del contacto directo del médico con el enfermo por la monitorización con aparatos, es decir, no utilizar éstos como un recurso para acercarse más al paciente, sino confiar exclusivamente en los datos aportados por ellos para su manejo, pueden ser causa de errores.

La profesión ha sido consciente de la necesidad de establecer condiciones para asegurar la calidad del acto médico, desde su preparación. La valiente inter-

vención de Flexner³ a principios del siglo xx en Estados Unidos, que dio como resultado una serie de normas para el correcto funcionamiento de escuelas de medicina, corrió pareja con la responsabilidad de la sociedad de ese país y de sus autoridades, que decidieron el cierre de numerosas escuelas que no cumplían la normatividad. Durante esa misma época surgió en la Unión Americana la necesidad de que los conocimientos y las destrezas de los médicos fueran certificados por comités *ad hoc* formados por sus pares. Poco tiempo después se creó una comisión que ha venido haciendo lo mismo: certificando la calidad de los hospitales.

Con todo este aparato de recursos para acreditar o certificar la calidad de escuelas, profesionales y hospitales se ha dado el caso de tener que aceptar que incluso con estos filtros se dan situaciones que ocasionan complicaciones y aun la muerte de los enfermos.

¿Qué puede esperarse en situaciones en que la calidad de alguna de las partes involucradas en el acto médico no tiene estos filtros de calidad? Veamos cuál es la situación en nuestro medio. Para seguir el orden en que se ha analizado lo sucedido en Estados Unidos, reflexionemos sobre la laxitud con que nuestro sistema de salud permite la apertura y el funcionamiento de escuelas de medicina. Casi un siglo después del Informe Flexner, la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina creó un programa para certificar la calidad de las escuelas existentes,⁴ precisamente cuan-

do era presidente de esa Asociación el ahora secretario de Salud, con la idea de acreditar a las que cumplieran con los lineamientos de buen desempeño señalados.

Recientemente se eximió de esa responsabilidad a esta Asociación en relación con el tema y se creó un organismo burocrático, COMAEM (Consejo Mexicano para la acreditación de la Educación Médica), para que continuara con esa tarea. Tanto uno como otro han cumplido a cabalidad; ¿cuál es el resultado? Que en las leyes mexicanas no hay una que permita impedir la apertura de escuelas de medicina que no cumplen con la estructura y los programas que aseguren la calidad de sus egresados, ni que algunas que ya existen cumplan con estos requisitos. Unas y otras funcionan no obstante sin haber sido acreditadas; algunas porque no lo han solicitado, y otras porque, habiendo sido estudiadas, han salido reprobadas de este examen de calidad.⁵

En el caso de los médicos la situación es sin duda mejor. Históricamente, en la época del Consejo Superior de Salubridad, a finales del siglo XIX, los médicos egresados de escuelas de medicina del llamado *Departamento de México*, que incluía lo que hoy son varios estados del centro de la República, no podían ejercer la medicina después de haber sido aprobados en el examen final de sus escuelas, antes de sustentar un examen de conocimientos y destrezas aplicado por el propio Consejo.⁶ Esto dejó de suceder durante los primeros 70 años del siglo XX.

La Academia Nacional de Medicina, en la década de 1970 retomó los esfuerzos que habían iniciado algunas sociedades de especialistas y desarrolló un programa para impulsar la acreditación de calidad de tales especialistas en distintas ramas, para lo cual creó consejos de los propios especialistas que son certificados por sus pares. El proyecto ha evolucionado en tal forma que a este esfuerzo se sumó la Academia de Cirugía y ambas constituyeron un ente autónomo formado por directivos de los distintos consejos de especialistas, organismo que actualmente tiene registrados a más de 90 000 que han cumplido con los requisitos de sus pares reunidos en el consejo de la propia especialidad, y que no solamente certifica conocimientos y destrezas de los nuevos, sino que los recertifica cada cierto tiempo en forma obligatoria.

MÉDICOS SIN CERTIFICACIÓN

En el caso de la certificación de calidad de los médicos aún hay dos situaciones que escapan a la certeza de que un paciente esté seguro de que el profesional

al que consulta posea los conocimientos y las destrezas indispensables para asegurar la calidad de la atención. Una tiene que ver con los médicos generales y otra con la de los especialistas.

En el caso de los que ejercen la medicina general las cosas no han ido tan bien como con los especialistas. En la década de 1990, el Consejo de Salubridad General, de acuerdo con la Academia Nacional de Medicina, impulsó la creación de consejos estatales de medicina general con la idea de que los médicos generales, que son la mayoría en ejercicio en el país, certificaran sus conocimientos y destrezas, sobre todo sabiendo que no se ha podido certificar la calidad de médicos formados en varias de las escuelas que producen egresados anualmente. El esfuerzo ha continuado con altibajos. En la actualidad no puede presumirse de que los médicos generales del país en su mayoría tengan este certificado de calidad, que sí posee la mayoría de los especialistas.

El caso de los especialistas es el siguiente: el público puede confiar en la calidad de un especialista certificado sólo si éste ejerce en el área de conocimientos en los que ha sido certificado. En los hospitales privados, que casi en su totalidad, aun en los de mayor presencia, no están organizados por servicios, no hay un responsable de que los médicos certificados en un área atiendan sólo a pacientes de esa área. Así, se observa que gastroenterólogos internan a pacientes con problemas respiratorios o ginecológicos, ortopedistas que atienden casos de medicina interna, etc. Esto invalida parcialmente el esfuerzo que los consejos de especialidades han realizado en el sentido de que el público esté seguro de la calidad de un médico al que accede.⁷

La certificación de hospitales fue un proyecto prioritario encomendado al Consejo de Salubridad General a finales de la década de 1990. Durante los primeros dos años del programa el Consejo logró evaluar 518 de 722 hospitales que lo solicitaron, y fueron certificados 422 y no certificados 96.⁸ El programa ha continuado en los años siguientes, pero la situación es semejante a la mencionada en relación con las escuelas. Los no certificados y los cientos de pequeños hospitales que ni siquiera han solicitado la evaluación siguen funcionando, en condiciones que en muchos casos no aseguran la calidad.

El único camino para que nuestra medicina sea de calidad es que se extienda a todas las áreas encargadas de la atención: escuelas y facultades de medicina, unidades de atención, médicos generales, especialistas, enfermeras; que haya procesos de acreditación que cumplan con su cometido y que sólo puedan funcionar los que han demostrado su capacidad. En los

procesos de certificación y recertificación hay un consenso mundial en cuanto a su necesidad, que está ligada a los procesos de educación médica continua.^{9,10}

Entonces surge una pregunta: si con años de experiencia en certificación de escuelas, hospitales y médicos se reportan datos de morbilidad elevada por errores médicos, como la citada al principio de este capítulo, ¿cuál es la situación en nuestro medio? Sería necesario un gran programa que nos enfrentara a la realidad de lo que sucede diariamente en todos los sitios de atención médica, sobre todo en los casos de hospitalizados.

No existen reportes completos de resultados de la atención en grandes centros hospitalarios referentes a complicaciones. Así como hay informes de algunas de éstas como índices de infección intrahospitalaria, se deberían conocer muchos otros datos, otras complicaciones, reportes de congruencia diagnóstica de ingreso y egreso, de los comités de tejidos, de la frecuencia de cesáreas, de los casos de cirugía innecesaria, de la mortalidad operatoria, posoperatoria y tardía, etc. El ejercicio de calidad es sin duda la principal obligación ética de quien ejerce y de quien organiza la medicina.

CIRUGÍAS INNECESARIAS

El extraordinario avance en los conocimientos y las tecnologías aplicadas a la cirugía ha dado como resultado que muchos padecimientos que antes no podían ser tratados con este método hoy reciban el beneficio de esta forma terapéutica. Sin embargo, la facilidad y las muy bajas complicaciones han conducido, a veces, a un abuso de las indicaciones. Los pediatras insisten en que se abusa de la amigdalectomía y de la circuncisión en recién nacidos, y aunque esta última se realiza por razones religiosas en algún grupo, la costumbre se extendió en varios hospitales a todos los varones recién nacidos sin que existiera una razón médica consistente.

Un distinguido cirujano mexicano, Vicente Guarnier, ha escrito acerca de la presencia de cirugías innecesarias.¹¹ Quizá los artículos que ha publicado al respecto deben considerarse como los más documentados. La indicación de un procedimiento quirúrgico para resolver un problema médico sólo se justifica cuando el padecimiento no tiene una solución menos agresiva, cuando realizarlo va a proporcionar al paciente una mejor vida, mejor capacidad funcional, y supresión de molestias como dolor continuo, que compensen las posibles repercusiones negativas, como alteraciones en la estabilidad emocional del enfermo,

la posibilidad de enfrentar complicaciones y la siempre presente posibilidad de mortalidad, por pequeña que ésta sea; además, en la situación actual de la medicina, representa un gasto económico en ocasiones considerable.

En el caso de la cirugía oncológica, se justifica cuando existen posibilidades de éxito razonables. En mi práctica neumológica conocí muchos casos que fueron llevados a la extirpación de un tumor pulmonar cuando el estudio radiológico mostraba muy pocas posibilidades de éxito. Un muy famoso político mexicano, ante la negativa de cirujanos pulmonares en este país de ofrecerle la resección de un tumor, que por su localización central y su extensión parecía inoperable, acudió a una clínica en Estados Unidos, donde se atrevieron a intentarlo, pero murió en el posoperatorio inmediato.

En ese país, desde 1967 una prestigiada revista¹² sorprendió al relatar que ante los mismos padecimientos los cirujanos estadounidenses intervenían en un porcentaje del doble de lo que realizaban ante casos similares los cirujanos ingleses. En 1974 un subcomité del Congreso de EUA concluyó que cerca de 20 % de las cirugías realizadas en ese país eran innecesarias.¹³

En nuestro medio, al parecer, la facilidad que ofrece la cirugía endoscópica ha ocasionado que se abuse de la de reflujo gastroesofágico, de la apendicetomía y de la extirpación de vesículas biliares. Torres Valadez señala en un cuadro el porcentaje de apéndices sanos extirpados en tres hospitales de la Ciudad de México; en dos de ellos dicho porcentaje varió entre 20.5 y 26.3, y el Hospital General de México tenía la cifra más baja: sólo 2.5 % eran apéndices sanos.¹⁴ La causa de estas cirugías innecesarias es múltiple: relativa ignorancia, interés económico o la actitud defensiva de preferir equivocarse extirpando un apéndice sano que enfrentarse a una demanda por no actuar y dejar que el paciente sufra complicaciones.

Un caso que tiene que ver con las últimas dos de las causas mencionadas es el relativo a las cesáreas. El porcentaje de partos resueltos con este método se ha duplicado y en ciertos medios privados, triplicado. El ginecólogo evita enfrentar una demanda por daños al producto en un parto vaginal, existe una mejor recompensa económica por realizar la cirugía que atender éste, y para colmar el porcentaje de aumento no pocas madres piden la cesárea al ginecólogo por razones de comodidad personal. La moda también interviene. Al asistir a un congreso médico en Río de Janeiro, en la época en que era yo director de la Facultad de Medicina, todos los profesores de mi edad en esa ciudad con los que tuve contacto habían tenido puentes coronarios.

El porcentaje de limpieza quirúrgica de arterias carotídeas ha sufrido un incremento en cierto tiempo, y se detectó encontrándose que hasta 32 % de ellas eran innecesarias. Desde 1989 la Escuela de Salud Pública de Harvard hizo notar en un artículo que los casos de cirugía innecesaria podrían llegar a 30 %.¹⁵

Debido a la actual complejidad en el pago de honorarios quirúrgicos, el Colegio de Medicina de la Ohio State University ha diseñado seminarios para informar a sus estudiantes de posgrado en cirugía acerca de aspectos de mercado, así como los relativos al pago por aseguradoras, las posibilidades de fraude, evaluación de costos y otros temas financieros referentes a la práctica de la cirugía.¹⁶ Además, en Estados Unidos se reportan distinciones en la atención quirúrgica ante pacientes de diferentes razas.¹⁷ Aparte de los resultados cuestionados en artículos científicos, la prensa sería se ocupa del asunto.

En el número del 26 de junio de 2007, el *New York Times* hizo notar que autoridades científicas señalaban la realización innecesaria de implantación de marcapasos cardiacos, puentes coronarios, histerectomía y cesáreas. Así, en forma casi continua se publican artículos que denuncian este problema.^{18,19}

El caso de las cesáreas es especial y en él intervienen diversos factores, pero la resultante son más gastos de los necesarios. Un problema es el aumento galopante de los gastos por seguros contra demandas, que se han incrementado, lo cual conducirá a un incremento en los honorarios médicos o a una crisis médica en la Unión Americana.²⁰ El aumento del porcentaje de partos por cesárea debe considerarse un problema ético, pero está relacionado no sólo con medicina defensiva, sino con la presión que ejercen las pacientes.²¹

GASTOS INNECESARIOS

Quizá una de las causas más importantes de este hecho es el uso de los modernos recursos de tratamiento en forma innecesaria. Todo el crecimiento en conocimientos y en tecnología médica ha sido extraordinariamente útil para tratar casos difíciles o complicados, en los que se justifican plenamente los riesgos y los costos elevados, pero no ocurre lo mismo cuando esos recursos se emplean para el tratamiento de casos sencillos, que pueden resolverse con menos riesgo y a un costo mucho menor. Es el caso de las cirugías innecesarias a las que nos referimos en los párrafos anteriores.

Los gastos innecesarios también ocurren, en ocasiones, cuando se utilizan más procedimientos de diagnóstico de los indispensables. La causa de esto puede

ser ignorancia clínica, cuando el explorador necesita recurrir a múltiples estudios de análisis y gabinete para orientar su diagnóstico, o cuando cubre cualquier posibilidad distinta de la impresión clínica para evitar una demanda en caso de no acceder a un diagnóstico cierto: la llamada *medicina defensiva*.²²

DICOTOMÍA

Penado desde hace mucho tiempo, este procedimiento, que consiste en compartir honorarios entre dos médicos, uno que ha resuelto el caso y otro que sólo ha hecho el contacto, tiene en la medicina moderna variantes perversas por lo poco evidentes. Causa gastos innecesarios al paciente cuando un médico lo interna para su tratamiento y al comprender que no es de su especialidad, lo refiere al indicado; hasta ahí todo es ético y normal. Sólo que durante el internamiento, el primero, que solamente ha tenido el primer contacto con el enfermo, continúa visitándolo; al final éste se enfrenta a dos cuentas: la del especialista que ha resuelto el caso y la del que sólo actuó recomendando al indicado. Este es un problema ético de dicotomía disfrazada.

Otro caso es el del "cirujano fantasma". Un paciente es visto por un médico y el caso requiere tratamiento quirúrgico. Si el que ha consultado el paciente no está preparado para realizar la cirugía necesaria, lo ético es que lo refiera a quien esté capacitado para esa intervención. Lo no ético, y que es una forma de dicotomía, es que ante los pacientes se ostente como el cirujano que resolvió el caso y reparta los honorarios con el verdadero cirujano.

En la medicina de las HMO y en algunas compañías de seguros en Estados Unidos de América existe otra forma solapada de dicotomía. Hay compañías que ofrecen incentivos financieros a los médicos del grupo que tienen contratado para inducirlos a ahorrar gastos en la atención de los pacientes. Se establece un presupuesto anual para la atención de un grupo determinado y si al final del año se han logrado ahorros, el sobrante se reparte entre los médicos que han tenido la encomienda de emplear pocos análisis de laboratorio, estudios de gabinete, consulta con especialistas e internamientos; es decir, que han actuado cuidando el interés económico de la empresa y no el único interés que deben tener, que es el del enfermo.²³

Otra forma escondida de este vicio ético se da cuando el clínico tiene intereses económicos e inversiones en equipos de gabinete. En forma natural, al existir un interés en el uso de esos equipos, la decisión de su

empleo en el manejo clínico de los enfermos estará condicionada de alguna manera a una inclinación a utilizarlos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para algunos autores este procedimiento es un requerimiento ético de tanta importancia como el de beneficencia, no maleficencia, equidad y justicia, y respeto a la autonomía, pues tiene que ver con varios de estos principios fundamentales. En Estados Unidos, uno de los aspectos más analizados al respecto es el del consentimiento informado para ser parte de investigaciones médicas: ensayos de nuevos fármacos y nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La protección de los seres humanos debe ser prioritaria en el desarrollo de cualquier proceso de investigación médica.

Se han de respetar los derechos humanos y el sujeto debe estar bien informado antes de decidir participar en un experimento. Puede tener el derecho de abandonar el proyecto en el momento en que no desee continuar en él y conocer con precisión el riesgo que corre al participar. Su participación ha de conservarse en absoluta confidencialidad, aun para asuntos tan sencillos como el ensayo de alimentos.²⁴

El consentimiento informado se considera tan relevante en diversos aspectos de la medicina que un autor propone un "diálogo nacional" en la Unión Americana que reúna a médicos, cirujanos, intensivistas, investigadores y expertos en ética médica, para sentar nuevas bases que tomen en cuenta no sólo la autonomía de los pacientes, sino el respeto a su persona, que se considera un principio ético fundamental.²⁵ El paternalismo en el acto médico ha tendido a desaparecer a fines del siglo xx. El consentimiento informado es algo más que el documento que los pacientes firman al ingresar en un hospital para aceptar las decisiones médicas que deriven de su tratamiento, ya que requiere una intención decidida del galeno de explicar con detalle aspectos del diagnóstico y tratamiento necesarios para el enfermo.

Se sustenta en la relación médico-paciente, que es el fundamento de este proceso. Si ésta falta o se sustituye por un proceso basado sólo en estudios de laboratorio y gabinete, es difícil que se dé un buen proceso de consentimiento informado.²⁶ Según Reisfield, resulta indispensable que el médico dedique tiempo a escuchar al paciente, con atención, explicarle sin ambigüedad y en ocasiones hacer lo propio con los familiares en casos difíciles o terminales.²⁷

Una de las áreas en que se requiere insistir en la explicación al enfermo de la decisión por seguir es la de la cirugía electiva. Explicar al paciente si existen otras opciones de tratamiento, qué puede esperarse si no se somete a la cirugía, si los síntomas van a desaparecer en los casos de cirugía espinal, o las consecuencias de la prostatectomía, en el sexo, por ejemplo. En un análisis de mil pacientes sometidos a cirugía, apenas 1 % declaró estar bien informado antes de la operación realizada. Es necesario ser muy explícito en casos de amigdalectomía, hemorroidectomía, histerectomía, prostatectomía, colecistectomía y otros procedimientos que aún se siguen efectuando en un porcentaje mayor en EUA que en otros países.²⁸

Hay casos en los que puede ser necesario actuar sin el consentimiento informado, como en las urgencias, o en pacientes sin capacidad de comprensión. Una situación en que los principios éticos deben ser fundamentales es en los casos de unidades de terapia intensiva en que el enfermo puede estar al final de su vida.

Las consideraciones filosóficas y la ética deben discutirse ampliamente con los familiares y en ocasiones con el paciente y en estos casos es imperativo establecer todas las medidas terapéuticas requeridas para evitar sufrimientos innecesarios. El tratamiento del dolor y la insuficiencia respiratoria deben considerarse evitando prolongar una vida que no puede salvarse. Facilita las decisiones la declaración formal, por escrito, del paciente, de no recibir medidas extraordinarias en caso de un proceso terminal.²⁹

CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad del acto médico aparece desde el juramento atribuido a Hipócrates. Es uno de los aspectos éticos que algunos autores consideran del mismo grado de importancia que los cuatro principales enunciados anteriormente, y quizá uno de los que en el futuro reciban los mayores embates. Desde la medicina por grupo, en el que un paciente no es atendido por un solo médico, hasta la institucionalizada, como la del IMSS o el ISSSTE, en que la propia organización conlleva la necesidad de que los expedientes médicos sean conocidos no sólo por diversos médicos, sino también por empleados administrativos, trabajadoras sociales y enfermeras, la confidencialidad médica es una ilusión. Aquí cabe recordar el viejo dicho: "Secreto de dos, sólo de Dios; secreto de tres, de todos es."

Además, en la medicina actual, con nuevas enfermedades que pueden afectar no solamente a un individuo sino al grupo humano que lo rodea, o incluso

hasta a la misma sociedad en la que vive, la confidencialidad puede ser necesariamente dejada a un lado en bien de la sociedad. Es lo que sucedía en los casos de tuberculosis pulmonar abierta con bacilos en la expectoración, en la que el médico debía hacer del conocimiento de los familiares el peligro de contagio para tomar las medidas preventivas requeridas. No sólo se trataba de la obligación con la familia, de acuerdo con el Código Sanitario, sino que era una enfermedad de reporte obligado, como ahora sucede en los casos de sida. Para la protección de las personas cercanas al paciente, el médico debe prevenirlas y reportar el caso a la autoridad sanitaria.

En ocasiones la confidencialidad constituye un dilema ético, como el del secreto que una joven adolescente pide al médico para recibir instrucción anticonceptiva y que no quiere que su familia se entere, o el del médico que es requerido por los familiares de un paciente con cáncer que no desean que el enfermo conozca. En casos como éstos y en muchos otros semejantes, el criterio del médico debe reconocer la obligación ética al considerar cuál actitud servirá mejor al enfermo. En el primer caso quizá lo fundamental sea asegurar que la joven que consulta conozca los métodos anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado; en el segundo, el médico debe estar seguro de que aun evitando que el paciente se entere de la trascendencia de su padecimiento va a conseguir que acepte el tratamiento requerido. Si para lograrlo fuera necesario que conozca la importancia de su enfermedad, quizá no deba plegarse a la petición de los familiares en el sentido de ocultarle la verdad.

Hoy día, la privacidad de los expedientes médicos se ve amenazada por distintas instancias: compañías de seguros que desean conocer los antecedentes médicos de un posible cliente, patrones que indagan antes de contratar un empleado, bancos que hacen lo mismo antes de otorgar un crédito, compañías farmacéuticas que buscan orientar su mercado y organismos similares.³⁰

Probablemente uno de los mayores desafíos de la confidencialidad del acto médico esté por verse cuando progrese la llamada *medicina genómica*. Es indudable que el avance de esta ciencia permitirá comprender mejor el origen de las enfermedades, su prevención y su tratamiento, por medio del conocimiento de las bases moleculares del padecimiento. Sin embargo, tanto el público como los médicos están preocupados por las implicaciones éticas y sociales que pueden tener esos conocimientos. El temor no sólo se refiere a la discriminación para obtener seguros, empleos o créditos. Hay otras situaciones que vuelven

complejo el análisis de posibles circunstancias, como en el caso de demandas por enfermedades o por accidentes de trabajo que pueden ser soslayados por la empresa aduciendo propensión genética a los mismos; recursos para el empleo que pueden ser negados, como licencias para conducir debido al supuesto riesgo de antecedentes genéticos. ¿Podrá afectar la clásica relación médico-paciente?

El médico puede encontrarse en la disyuntiva de tener que incumplir con la confidencialidad en muy diversas situaciones, que en el momento actual se limitan a casos en que está obligado a alertar de posibles contagios, como sucedió con la tuberculosis pulmonar y ahora ocurre con el sida.³¹

MEDICINA DEFENSIVA

Es una de las causas del encarecimiento de la medicina y tiene su origen en una perversa tendencia de la de Estados Unidos, donde los médicos han tenido que afrontar cada vez más demandas por su ejercicio. Daña el principio de justicia, pues hace gastar al enfermo o a la institución que cubre sus gastos más de lo estrictamente necesario. Daña también el principio de no maleficencia, pues en ocasiones expone al paciente a riesgos por estudios innecesarios, a veces invasivos. Consiste en pedir al enfermo más estudios de los requeridos para cubrir alguna posibilidad de error que dé origen a una demanda.

No es ésta la única causa de esa práctica; lo es también la relativa ignorancia; el médico, generalmente un residente que recibe al enfermo en urgencias, pide un cúmulo de estudios para orientar su diagnóstico ante la falta de una capacidad clínica presuntiva. El público también contribuye, pues al estar al tanto de los mayores adelantos en la tecnología médica exige estudios innecesarios.³²

ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Uno de los resultados del gran adelanto de la medicina al emplear recursos tecnológicos que no existían hace apenas 50 años es la posibilidad de mantener con vida vegetativa a un paciente en terapia intensiva, en ocasiones por tiempo prolongado. Sobre este tema se ha escrito mucho y es evidente que en esos casos debe prevalecer un juicio clínico prudente para manejar esos pacientes, evitando sufrimientos al no aplicar medidas que los prolonguen innecesariamente en enfermos cuyo pronóstico es mortal. En estos

casos, ayuda mucho a definir la conducta de la voluntad expresada, con anterioridad y por escrito, por el paciente, para no verse sometido a un encarnizamiento terapéutico.³³

INTERÉS DEL MÉDICO SÓLO POR LA BENEFICENCIA DEL PACIENTE

Quizá este aspecto que he dejado para el final de este capítulo sea el más importante para un ejercicio ético de la medicina. Diversos autores han hecho notar que al parecer hay una desviación de metas en el interés de estudiar medicina. No necesariamente en todos los ámbitos de las diversas escuelas los alumnos tienen como interés primordial el objetivo de adquirir conocimientos y destrezas para ayudar a mitigar el sufrimiento de sus posibles pacientes. Tal vez la intervención de otros actores en la organización de la medicina, como aquellos que realizan las inversiones necesarias para sostener los grandes centros médicos que, sin duda, benefician la salud de quienes pueden tener acceso a ellos, pero que conllevan el componente de dividendos de la inversión, puede haber inducido a los jóvenes practicantes en el sentido de que el fin de la profesión es obtener los mejores ingresos posibles.

No cabe duda de que una carrera profesional proporciona al que la cursa una mejora en su estatus socioeconómico. Esto es absolutamente válido para quien estudia medicina; sin embargo, para que siga siendo lo que ha sido a través de los siglos es necesario que quienes la practican tengan como principal interés el beneficio del enfermo. No sólo como principal interés, sino el único. La compensación económica de su trabajo debe pasar a un segundo término, un segundo término válido que le permita una vida digna. Hasta ahí. Hay autores que señalan que esto último puede estar perdiéndose³⁴ y conduce a una medicina no sólo sin calidad, sino deshumanizada.

En las reuniones del Seminario el Ejercicio de la Medicina, durante 10 años se ha manifestado la creencia de que los abusos en el cobro de atención a los pacientes se ha debido a las empresas encargadas de la organización de los servicios privados. Algunos casos recientes parecen indicar que en algunos sectores del ejercicio de la medicina en el ámbito privado, diversos médicos se han contagiado de este interés de ver el ejercicio de la medicina como un asunto de lucro. Los honorarios médicos en algunos casos, principalmente cuando intervienen el internamiento del paciente, maniobras armadas de diagnóstico o realización de cirugías, debido al abuso en el cobro constituyen ataques graves a la ética médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohn, L. T., Corrigan, J. y Donalson, M. S., *To err is human: building a safer health system*, National Academy Press, Washington, 1999.
2. Marinelli, A. M., "Can regulation improve safety in critical care?", *Critical Care Clinics*, **21** (1), 2005.
3. Flexner, A., "Medical education in the United States and Canada. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching", *Bulletin* 4, Nueva York, 1910.
4. *Instrumento de autoevaluación de la calidad de la educación médica*, Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, México, 2000.
5. *Instrumento de autoevaluación de la calidad de la educación médica*, Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, México, 2004.
6. Martínez, B. X., Martínez, C. F. y Rivero, S. O., *El Consejo de Salubridad General 1935-2000*, ISBN: 968 6750-11-8, México, 2000.
7. Rivero, S. O., "Diferencias entre un hospital y un sanatorio", *Medicina no equitativa*, pág. 52, ETM- Fac. de Med., UNAM, México, 2006.
8. Rivero, S. O., Paredes, S. R., Tanimoto, M. y Ortigosa, J. L., Certificación de hospitales. Informe preliminar. Rivero, S. O. y Tanimoto, M., *El ejercicio actual de la medicina. Segunda parte, Siglo XXI-Fac. de Med., UNAM, México*, pág. 103, 2003.
9. Duffy, F. D., Zipes, D. P., "The futures of certification and recertification", *The American Journal of Medicine*, **117** (2), 2004.
10. Schorrock, J. W. y Cydulka, R. K., "Lifelong learning", *Emergency of Clinics North America*, **24** (3), 2006.
11. Guarner, V., "Daño iatrogénico", Rivero, S. O. y Tanimoto, M., *El ejercicio actual de la medicina, Siglo XXI-Fac. de Med., UNAM, México*, pág. 51, 2000.
12. Bunker, J. P., "Surgical manpower: A comparison of operations and surgeons in the United States and England and Wales", *N. Engl. J. of Med.*, **282**:135-144, 1970.
13. USA Congress, *House Subcommittee on Oversight and Investigation. Cost and quality of health care: unnecessary surgery*, USGPO, Washington, 1976.
14. Torres, V. F., "Ética en la práctica quirúrgica", en Rivero, S. O. y Paredes, R. S., *Ética en el ejercicio de la medicina*, Panamericana-Fac. de Med., UNAM, México, pág. 171, 2006.

15. Leape, L. L., "Unnecessary surgery", *Health Ser. Res.*, **24 (3)**:351-407, 1989.
16. Bhagwan, S., "Business knowledge in surgeons", *Am. J. of Surgery*, **188 (1)**, 2004.
17. Chang, D. C., Britt, L. D., Cornwell, E. E., "Racial disparities in emergency surgical care", *Medical Clinics of North America*, **89 (5)**, 2005.
18. Barron, J., "Unnecessary surgery", *New York Times*, 2007.
19. Black, A., "Unnecessary surgery exposed!", *News Target*, 2005.
20. Bovbjerg, R. R., "Malpractice crisis and reform", *Clinics in Perinatology*, **32 (1)**, 2005.
21. Bailit, J. L., Love, T. L., Mercer, B., "Rising cesarean rates: are patients sicker?", *Am. J. of Obstetrics and Gynec.*, **191 (3)**, 2004.
22. Steve, U., UTA House of Representatives, "Medical malpractice", *Defensive Medicine*, 2006.
23. Hillman, A. L., "Financial incentives for physicians in HMOs: is there a conflict of interest?", *New. Engl. J. of Med.*, **317 (27)**:1743-1748, de 1987.
24. Moran, M. B., "Ethical issues in research with human subjects", *Jour. of the Am. Dietetic. Ass.*, **106 (9)**, 2006.
25. Fish, S. S., "Informed consent: time for a national dialogue?", *Annals of Emergency Medicine*, **43 (4)**, 2004.
26. Aguirre Gas, H., "Consentimiento informado", Rivero y Paredes, *Ética en el ejercicio de la medicina*, Panamericana, Fac. de Med., UNAM, México, págs. 103-113.
27. Reisfield, G. M y Wilson, G. R., "Communicating with patients and families", *Clinics in Family Practice*, **6 (2)**, 2004.
28. Mulley, A. G., "Developing skills for evidence-based surgery: ensuring that patients make informed decisions", *Surgical Clinics of North Am.*, **86 (1)**, 2006.
29. Moskop, J. C., "Informed consent and refusal of treatment: challenges for emergency physicians", *Emergency Clin. of North. Am.*, **24 (3)**, 2006.
30. Editorial, *New Engl. J. of Med.*, **345**:371-372, 2002.
31. Gutmacher, A. E. y Collins, F. S., "Ethical, legal and social implications of genomic medicine", *New Engl. J. of Med.*, **349**:562-569, 2003.
32. Paredes, S. R., "Ética y medicina defensiva", en Rivero y Paredes, *Ética en el ejercicio de la medicina*, Panamericana, Fac. de Med., UNAM, México, pág. 223.
33. Rivero, W. P., véase el capítulo 3, en *Tratado de ética médica*, Fac. de Med., UNAM, México, 2008.
34. Lundberg, G. D., *Severed trust. Why American medicine hasn't been fixed*, Basic Books, Nueva York, 2000.



Capítulo 9

La decisión del paciente y la ética médica

DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ

La práctica médica representa para el clínico un gran desafío en el que la toma de decisiones es un aspecto central, sobre todo las que se relacionan con el enfermo terminal, que se toman en muchas ocasiones con incertidumbre.¹ Para el paciente, tales decisiones son de la mayor importancia, ya que atañen a su salud, su vida o la muerte, su participación en ellas adquiere entonces gran trascendencia.

Ejemplo de la incertidumbre que se le presenta al paciente es lo referido por Marguerite Yourcenar en su novela *Memorias de Adriano*,² en el que el gran emperador romano contaba en una carta a Marco Aurelio cómo se sentía tras ser atendido por Hermógenes, su médico:

Me tendí sobre un lecho luego de despojarme del manto y la túnica, te evito detalles [...] es difícil seguir siendo emperador ante un médico y también es difícil guardar la calidad de hombre [...] Esa mañana pensé por primera vez que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que acabará por devorar a su amo. Haya paz [...] Amo a mi cuerpo; me ha servido bien, y de todos modos no le escatimo los cuidados necesarios. Pero ya no cuento, como Hermógenes finge contar, con todas las virtudes maravillosas de las plantas y el dopaje exacto de las sales minerales que ha ido a buscar a Oriente [...] No en vano ha ejercido la medicina durante más

de treinta años. Perdono a este buen servidor su esfuerzo por disimularme la muerte. Hermógenes es sabio y tiene también la sabiduría de la prudencia, su probidad excede con mucho a la de un vulgar médico de palacio. Tendré la suerte de ser el mejor atendido de los enfermos [...] No te llames, sin embargo, a engaño; aún no estoy tan débil para ceder a las imaginaciones del miedo.

Las decisiones con respecto a un paciente pueden ser asumidas por el médico o bien, consensuadas con el enfermo, lo cual es especialmente relevante cuando implican calidad de vida de la persona o situaciones en las que hay que valorar aspectos de costo-efectividad de ciertas medidas diagnósticas o terapéuticas. La evidencia indica que hay pacientes que desean participar activamente en la toma de decisiones, mientras que otros prefieren tener un papel pasivo.³

En un estudio realizado en 2765 personas en que se analizó la preferencia de los pacientes en cuanto a obtener información, discutir opciones y tomar la decisión final, se descubrió en Estados Unidos que 96 % de ellos preferían que se les ofrecieran opciones y se les pidiera su opinión. En contraste, en otro estudio, 52 % señaló que escogía dejar la decisión final a sus médicos y 44 % por obtener la información directamente de su médico más que ir a buscarla ellos mismos.⁴ Otros estudios sugieren que la toma de decisiones compartidas entre médico y paciente son más aceptadas en jóvenes con mejor educación.⁵

La pregunta que resulta indispensable plantear desde el punto de vista ético, sobre todo ante situaciones clínicas complejas de mucha gravedad, en las que la vida del paciente está en inminente peligro, es qué se requiere para que la participación del enfermo en la toma de decisiones acerca de su caso sea la mejor posible y redunde en su beneficio. Algunos de los factores que se han identificado incluyen que el individuo esté mejor informado, que el médico estimule directamente su participación en la toma de decisiones y que encuentre la manera de que esté consciente de sus responsabilidades y derechos en tales decisiones.⁶ En México la ley señala que “el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; que la información se dé con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, y sea siempre veraz, ajustada a la realidad”.⁷

Alexander Solzenitsin describe en su novela *Pabellón de cancerosos*⁸ al personaje Pablo Nicolaievich Rusanov, a quien, ante la presencia de un tumor en el lado derecho del cuello, la doctora Donstov le prescribió hospitalización inmediata en el pabellón de los cancerosos. En el lapso de algunas horas Pablo Nicolaievich lo había perdido todo: su posición, sus numerosos méritos, sus planes para el porvenir... él ya no era más que 70 kg de carne blanca y tibia ignorante de su futuro. Antes de su ingreso en el hospital, Pablo Nicolaievich era actor indiscutible de su propio destino y controlaba la mayor parte de sus decisiones. Ante la presencia de una enfermedad potencialmente incurable quedó perplejo, confuso, vacilante, manifestó indecisión e incluso empezó a percibir el perfil de su muerte.

El proceso de toma de decisiones para quien es confrontado a un diagnóstico grave o terminal le plantea un sinnúmero de dudas. Algunas de ellas requieren atención y solución inmediata, a veces con sentido de urgencia, ya que inciden directamente en su diagnóstico o tratamiento. Otras, de carácter más filosófico, pero igual o más relevantes, son aquellas en las que el enfermo se cuestiona y analiza el sentido de la vida, de su propia vida en el curso de su largo pasado y breve futuro, y eventualmente la forma de visualizar, de enfrentarse y prepararse para la muerte.

La relación médico-paciente en el proceso de toma de decisiones comprende dos de los pilares fundamentales de la dignidad humana: la autonomía y la intimidad, tan importantes en la vida cotidiana como en la enfermedad. “Es difícil seguir siendo empera-

dor ante un médico”, dice Adriano, en una expresión que ejemplifica el poder de decisión que el médico adquiere en el momento del diagnóstico y, sin embargo, al correr del tiempo y tras el impacto inicial a menudo el paciente desea ser informado de la naturaleza de su enfermedad, de las posibles complicaciones y de las opciones terapéuticas, y expresa sus deseos de participar en las decisiones que atañen a su padecimiento. Ante una enfermedad terminal muchas veces es el propio enfermo quien marca en forma significativa los tiempos de la atención médica.

La actitud del médico y la del paciente en la toma de decisiones son explícitamente diferentes: mientras el primero racionaliza gran parte de su decisión de acuerdo con la curabilidad de la enfermedad, el paciente puede considerar más relevantes otras variables como su calidad de vida, su entorno social, aspectos económicos y, en no pocas ocasiones, costumbres y aspectos culturales o religiosos. Qué importante es entonces que el médico conozca no sólo del enfermo y de su enfermedad, sino que también se dé el tiempo de escuchar los argumentos del paciente. El considerarlo en la toma de decisiones resulta una de las mejores estrategias para lidiar con la incertidumbre, dudas y preocupaciones sobre la enfermedad y analizar el pronóstico del paciente. Todo ello facilita a los dos la toma de decisiones.

LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ACTO MÉDICO Y SUS EXCEPCIONES

La noción de correcto y lo erróneo es una característica propia del ser humano. En el mundo de los valores, señalaba Bertrand Russell,⁹ “la naturaleza es neutral [...] somos nosotros los que creamos valores y son nuestros deseos los que confieren valor”.

Parte esencial de cualquier acto médico es precisamente la relación médico-paciente, en la que el respeto a la personalidad de éste y a su capacidad de decisión trasciende en aspectos regulatorios o legales. Esto resulta en un código de conducta que permite diferenciar entre un médico profesional y uno empírico. La tradición hipocrática, pieza fundamental de la práctica de la medicina moderna, resulta en el amalgamamiento de un código de ética con la práctica racional y científica de la teoría médica. Lo que subyace es la moralidad médica en la práctica de la medicina, que da lugar a una serie de obligaciones en el ejercicio profesional que incluyen proporcionar en información clara al paciente y considerar con respeto su capacidad de decisión. El hacerlo así refuerza la

presencia del médico ante él, genera confianza y facilita la toma de decisiones.

Los derechos a la intimidad personal y la confidencialidad del acto médico han formado parte de la atención del enfermo a lo largo de la práctica médica. El cambio sustancial acaecido en los últimos decenios ha sido la transformación del secreto en un derecho ciudadano que otorga explícitamente al paciente la capacidad de asumir y expresar sus preferencias en cuanto a la discusión de su salud.¹⁰ En el ámbito de la práctica médica se maneja información extraordinariamente delicada, en donde existe el riesgo de la pérdida del anonimato, el morbo y que dicha información sea accesible a terceros.

El desarrollo de nuevas tecnologías de la información, como las del expediente clínico electrónico o la práctica de comentar situaciones clínicas o indicaciones terapéuticas por Internet representa un nuevo peligro para la confidencialidad del paciente. Estos adelantos sin lugar a duda facilitan mucho el acceso a los datos personales por terceros no involucrados directamente en la atención del enfermo.

Hace 25 siglos los argumentos hipocráticos destacaban la importancia de la confidencialidad del acto médico, al señalarla como una obligación inexcusable de la práctica: "lo que en el tratamiento o incluso fuera de él viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callará teniendo por secreto". Estos conceptos continúan siendo válidos y han adquirido aún más relevancia ante los nuevos rumbos que plantean, por ejemplo, los avances en medicina genómica.¹¹

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948, en su artículo 12, trata la intimidad como un derecho fundamental del individuo y señala sanciones económicas, inhabilitación profesional e incluso cárcel para el que lo vulnere.¹² Las leyes de salud en varios países establecen que el titular del derecho a la información es el paciente. A familiares o personas vinculadas con él se les proporcionará en la medida en que él lo permita de manera expresa. Así, nadie puede tener acceso a la información médica sin previa autorización amparada por la ley. En México, la ley dispone que "el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad, y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujeto de manera voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley".¹³

Por todo lo mencionado resulta evidente e incuestionable que la confidencialidad es un valor central

en la práctica de la medicina y, sin embargo, este principio no es absoluto. Hay situaciones en que la ética médica *per se* hace necesario considerar la posibilidad de que la confidencialidad se rompa, sobre todo cuando existe un riesgo inminente de daño a terceros en forma individual. Esto se puede ejemplificar con el caso de enfermedades infectocontagiosas, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), la tuberculosis o la gripe aviar. Más allá de la obligación de reportar el caso ante las autoridades sanitarias, el médico puede encontrarse ante situaciones clínicas que planteen un problema ético; por ejemplo, ¿qué hacer en el supuesto de que el paciente con sida fuese bisexual, con múltiples parejas sexuales y se niegue a informar a su cónyuge o a sus parejas, estando ambos en edad reproductiva y con riesgo de transmitir la enfermedad incluso a quien aún está por nacer? El médico se enfrenta entonces al dilema de informar o no de estos riesgos a los terceros involucrados³ e incluso puede ser sujeto de acciones legales precisamente por no reportar esos riesgos, como lo establece la ley en México.

Los aspectos éticos planteados por esta situación clínica son un claro ejemplo de que la relación médico-paciente no puede ser pasiva.¹⁴ Ante el conocimiento de los hechos, el médico no puede ser insensible y adoptar una conducta de neutralidad que lo mantenga distante. Tiene también un grado de autonomía basado en principios éticos que le exigen entender su responsabilidad social, tomando en cuenta precisamente el entorno del paciente, quien deja entonces de ser considerado como un objeto. Ha de quedar claro que la ruptura del deber de confidencialidad por parte del profesional tiene que estar muy justificada y ser el último recurso posible de abordaje del conflicto planteado en ausencia de consentimiento del paciente. Si éste se niega a proporcionar la información debe hacerse saber que el médico lo hará. En caso de que el profesional tenga dudas sobre su decisión, en el marco institucional es aconsejable solicitar el asesoramiento de un comité de ética asistencial, o bien llevar la discusión del caso a una sesión clínica. Todo esto contribuirá a la búsqueda de una solución prudente.

La ética médica es aún menos explícita en cuanto a señalar criterios que permitan el rompimiento de la confidencialidad cuando se trata de proteger poblaciones y tiende entonces a menudo a diferir estas decisiones a la ley. Hay enfermedades de declaración obligatoria ante las autoridades sanitarias, como la tuberculosis o la meningitis meningocócica, que suponen un riesgo de salud para la comunidad y requieren la instalación de un cerco sanitario. En todos estos casos la historia clínica se convierte en un documento de gran

significado y valor. El médico deberá dejar constancia por escrito en el expediente clínico de la situación que se presentó, de la manera en que abordó al paciente con respecto a los riesgos de no informar a su núcleo de personas cercanas y la decisión que eventualmente tomará. Todas estas decisiones conducen a fortalecer las buenas prácticas clínicas.

Otro aspecto que involucra directamente la confidencialidad del acto médico es el de utilizar los datos clínicos del paciente con fines académicos o de investigación, sin que ello vaya a traducirse en un beneficio directo a él, y que siempre ha de hacerse utilizando el principio del anonimato. En ocasiones, según el tipo de información que va a usarse, será necesario solicitar además, por escrito, la autorización explícita al paciente para el manejo de la información de su caso, aun cuando se mantenga el anonimato, como sería, por ejemplo, presentarlo in situ en una sesión clínica, práctica que desafortunadamente es aún poco común en México.

Hay otros tipos de consentimiento, como aquel que se le solicita al enfermo cuando se pide su autorización para llevar a cabo procedimientos con fines de diagnóstico o terapéuticos. Éstos buscan dar al enfermo un beneficio directo, o bien intentan su participación dentro de un protocolo de investigación. En estos casos, el propósito fundamental es enterarlo en forma detallada de en qué consisten los procedimientos diagnósticos o las maniobras terapéuticas que se harán y, asimismo, cuáles son los riesgos que ello implica. En el caso de una investigación, es indispensable explicarle sus propósitos.

EL CONFLICTO ANTE LA NEGATIVA DE ACEPTAR MANIOBRAS TERAPÉUTICAS. EL CASO DE ALGUNAS SECTAS RELIGIOSAS

La discusión sobre las sectas religiosas y su relación con la medicina es amplia y controversial.¹⁵ Más allá de la definición de secta religiosa e independientemente de las características de cada una de ellas, la parte total que se le presenta al médico desde el punto de vista ético ante un paciente que pertenece a alguno de estos grupos religiosos es el de abordar la fe como materia para un debate ético en medicina.

Los testigos de Jehová son una secta cristiana fundamentalista que no acepta la transfusión de productos sanguíneos, aun cuando ello pueda resultar en la muerte.¹⁶ Es entendible que algunos médicos entren en conflicto con esos estándares morales y cuestionen

la seriedad de esta práctica, y que lleguen incluso a plantear la posibilidad de ofrecer a los pacientes adultos, en forma individual, la garantía de confidencialidad de su decisión para que acepten el uso de sangre o de sus componentes.¹⁷ El argumento que esgrimen es que la decisión se está tomando en ausencia de suficiente información, sobre todo porque la secta religiosa fomenta el concepto de no preguntar para obtenerla.

Lo que conviene abordar desde el punto de vista ético es el hecho de que para los testigos de Jehová la mente trasciende la racionalidad y que, utilizando sus propias frases, un ser humano es mucho más que sólo su mente.¹⁸ Lo que entonces está realmente en discusión son conceptos de moralidad, dignidad y verdadera autonomía personal, principios en los que aquéllos basan su decisión de no transfundirse.

Resulta interesante e invita a la reflexión un estudio sobre cirugía cardíaca abierta publicado en 1990 en Dinamarca.¹⁹ Durante un periodo de siete años se incluyeron 11 pacientes adultos, testigos de Jehová, a los que se les practicó cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. Se utilizó sólo sangre autóloga colectada previamente y hemofiltración de su propia sangre durante el procedimiento. La pérdida total de sangre perioperatoria fue en promedio 1080 ml (15 ml por kilogramo de peso), equivalente a 19 % del volumen sanguíneo total. La hemoglobina media en el momento del alta fue de 11 g por 100 ml, y no hubo mortalidad perioperatoria. Este estudio ejemplifica que, ante el planteamiento religioso, el médico no debe adoptar de inmediato una actitud de rechazo o usar estrategias coercitivas, como podría interpretarse el que aborde en forma secreta al paciente, sino que más bien ha de buscar opciones como las ofrecidas en ese estudio que, finalmente, permitieron llevar a cabo la cirugía con éxito.

El problema ético que suscita el que estos pacientes no acepten ser transfundidos es aún más complejo y confuso cuando la decisión involucra a niños.²⁰ Al negarse los padres a autorizar la transfusión, se le plantea al médico el derecho que tienen los progenitores de rehusar la administración de sangre en nombre de sus pequeños, basados en sus creencias religiosas y en su derecho de criar a sus hijos como ellos consideren más adecuado. En casos así el médico deberá tratar de analizar y explicar clara y exhaustivamente los beneficios, los riesgos y las opciones. Parte de su labor es promover el conocimiento de medidas alternativas a la transfusión, por ejemplo la autotransfusión o el uso más reciente de eritropoyetina, que estimula la serie roja de la médula ósea.

Un ejemplo más es el de los amish en Estados Unidos, cuyas prácticas culturales y religiosas son significativamente distintas del resto de la cultura estadounidense.²¹ Las medidas de control de la natalidad y el aborto están prohibidas aun cuando el embarazo sea de alto riesgo; sólo de 16 a 26 % de los amish han recibido vacunas. Esta última situación la comparten con varias sectas religiosas que también se oponen al uso de vacunas, incluso aquellas desarrolladas con ingeniería genética, en las cuales ha desaparecido el riesgo de transmisión de enfermedad por un agente infeccioso inactivado. Con frecuencia se utilizan como argumento referencias bíblicas, como las señaladas en Levítico:19:19: "Mantendrás mi presencia. No permitirás la mezcla de ganado con otras especies. No sembrarás con semillas mezcladas ni usarás una vestimenta que combine fibras textiles de plantas y de animales." El argumento se basa entonces en que en la preparación de muchas vacunas se emplea material bovino y que el material genético ARN y ADN que se incluye en ellas se obtiene de otros tejidos y se desarrolla en levaduras.²²

El médico debe estar al tanto de los argumentos que se esgrimen en contra de la vacunación y, a la vez, saber que es poco probable que estas objeciones filosóficas o religiosas se modifiquen ante la aportación de datos científicos. Aun así, es importante destacar que en aquellas naciones que han relajado sus políticas de vacunación, incluso en países desarrollados, han ocurrido brotes epidémicos considerables. En Inglaterra, a una disminución en la aplicación de la vacuna contra la tos ferina en 1974 siguió un brote epidémico en el que más de 100 000 personas resultaron afectadas, y para 1978 habían fallecido 36. En Japón, alrededor de las mismas fechas, cuando el índice de vacunación disminuyó de 70 a entre 20 y 40 %, se presentaron 393 casos de tos ferina y ninguna muerte a causa de esta enfermedad en 1974, y 13 000 casos y 41 muertes en 1979.²³

En cuanto a la vacuna contra la hepatitis B, se ha documentado un descenso significativo en los casos de carcinoma hepatocelular por virus B en países de África y de Asia, donde la transmisión de este virus ocurría en forma vertical y la mortalidad por carcinoma hepatocelular era prevalente entre el tercero y el cuarto decenios de la vida. Ante el reconocimiento de estos hechos, las autoridades sanitarias recomendaron la vacunación universal contra la hepatitis B, medida que en un lapso de 10 años ha producido un descenso sustancial en la mortalidad por carcinoma hepatocelular en esos países. Se estima por ello que la vacuna contra la hepatitis B es la primera para el cán-

cer.²⁴ Un caso similar podría presentarse con la vacuna contra el virus del papiloma en humanos.²⁵ Resulta difícil, ante las evidencias, que el médico no recomiende el empleo de estas vacunas, principalmente en áreas endémicas de esos padecimientos.

Otros ejemplos de cómo las sectas religiosas pueden impactar la salud pública es lo observado en Zimbabue. Al estudiar los factores asociados con un brote de ántrax se descubrió, entre otros factores de riesgo, que un número considerable de los pacientes afectados pertenecían a una secta religiosa que no restringe el alimentarse a base de carne de animales muertos en condiciones no sanitarias.²⁶ Hay sectas religiosas en la India, entre los Daudi Bohra, en los que las mujeres son circuncidadas con el fin de evitar la sexualidad, que con frecuencia presentan dificultad para orinar o infecciones y más adelante a veces muestran frigidez.²⁷

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

En el paciente crítico convergen graves trastornos patológicos e importantes problemas éticos, ya que en las unidades de cuidados médicos intensivos (UCI) la vida y la muerte están en permanente equilibrio inestable. Todo paciente es vulnerable y cuanto más enfermo y grave esté, más vulnerable es. La toma de decisiones en las UCI es muy variada y de gran responsabilidad, y a veces el tiempo para decidir es corto.

En el contexto del paciente muy grave o terminal, entre las decisiones más frecuentes que se han de tomar en las UCI está la limitación de las medidas terapéuticas, basada en la orden que da el médico de restringir o de suspender algún tratamiento previo, lo que generalmente hace cuando percibe desproporción entre los fines y los medios terapéuticos. Este tipo de medidas es de particular relevancia desde el punto de vista ético. Lo que está en juego es evitar la posibilidad de caer en la obstinación o en el encarnizamiento terapéutico, que suele llevar a la producción de un daño mayor, atenta contra la dignidad del paciente, crea más incertidumbre en su entorno familiar y, además, puede llegar a tener un fuerte impacto financiero negativo.

La limitación terapéutica puede consistir en no instaurar o poner en marcha nuevas maniobras o procedimientos asistenciales, o bien en retirar o suspender lo ya indicado. En general, todos: el médico, el personal de enfermería, los familiares y a veces aun el paciente aceptan con más facilidad y menos angustia la decisión de no incrementar el apoyo terapéutico y es-

perar a ver si el enfermo aún reacciona con las medidas establecidas previamente. La indicación de retirar por completo el apoyo en general se toma con mayor dificultad y con menor frecuencia. Desde el punto de vista ético lo más probable es, sin embargo, que ambas medidas tengan la misma consideración.

Las circunstancias de lo que sucede en una UCI quedan de manifiesto cuando se analiza un estudio reciente publicado por la Sociedad Europea Respiratoria, que comprendió 6008 pacientes admitidos a unidades de cuidados intermedios respiratoria.²⁸ En 1292 pacientes (21.5 %) se tuvo que tomar una decisión relacionada con la posible terminación de su vida; en ellos la mortalidad fue de 68 % (884 de 1292). En 298 de 1292 (23 %) la decisión fue no incrementar el tratamiento; en 442 de 1292 (23 %) las indicaciones fueron de no resucitar o de no intubar. Se suspendió el tratamiento en 149 de 1292 (11 %) y se practicó eutanasia en un paciente. Se reportó que 473 enfermos participaron en la toma de la decisión (44 %). Es evidente que el solo hecho de que un paciente tenga que ingresar en una UCI le plantea de inmediato a él y a su núcleo familiar la gravedad del caso y exige al médico la aplicación al máximo de sus conocimientos y cuidados.

El personal de las UCI debe reconocer sus limitaciones en la atención de enfermedades o de complicaciones para las que no esté convenientemente preparado. El médico tratante ha de advertir de ello al paciente y a sus familiares, y plantear opciones como la interconsulta de especialistas. La aplicación de los tratamientos deberá hacerse tomando en cuenta criterios profesionales basados en la mejor evidencia disponible y se ha de favorecer el trabajo en equipo.²⁹

Ante complicaciones específicas, puede ser oportuno el traslado del paciente a un centro más especializado. Por ejemplo, si se trata de un caso de hepatitis fulminante en que el deterioro clínico va presentándose rápidamente, las medidas establecidas en la UCI no parece que vayan a resolver el caso y que en dicho centro hospitalario no se practique trasplante hepático, entonces, el enfermo debe ser transportado con todo el apoyo necesario a la Institución que ofrezca esta opción terapéutica, que podría salvar su vida.

Los principios básicos de la bioética clínica, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia han de ser elementos claves en los que el clínico sustente la toma de muchas de sus decisiones en la UCI. Es conveniente que el médico explique de manera clara al paciente (si está en condiciones) y a sus familiares o a la persona responsable de él, la naturaleza del pro-

blema médico, las opciones disponibles y las posibilidades de éxito o no de las distintas medidas terapéuticas. La toma de decisiones debe revalorarse tantas veces como se requiera de acuerdo con la evolución del enfermo.

No necesariamente ha de plantearse el pronóstico de un paciente como de todo o nada. En ocasiones los enfermos, con el apoyo de las medidas implementadas en esta unidad, pueden mejorar e incluso adquirir mayor capacidad de decisión. En las UCI el horario de servicio se da por medio de guardias, de manera que el personal que atiende a los enfermos tiene mucho recambio. Un aspecto muy importante, tanto desde el punto de vista de la atención médica como de la toma de decisiones críticas, es la conveniencia de que éstas sean comentadas y, por ende, que el personal de base de las UCI esté bien enterado del diagnóstico y de las complicaciones, las expectativas y, obviamente, de las decisiones que se están tomando.

Si bien la atención médica en la UCI tiene como objetivo fundamental tratar adecuada y profesionalmente la enfermedad o la complicación que motivó el ingreso, debe también considerarse que en ocasiones el tratamiento puede ser sintomático, sobre todo en casos en que el enfermo no parece ya recuperable. En estas circunstancias se han de proporcionar los cuidados paliativos adecuados. Una prolongada agonía puede conducir al uso de analgésicos o de sedantes que tienen el efecto potencial de favorecer la muerte (eutanasia indirecta). Uno de los aspectos éticos en estos casos es que las dosis de la medicación han de ser indicadas siempre dentro del rango terapéutico y tener proporcionalidad en cuanto a aliviar el sufrimiento. La administración de medicamentos no relacionados con la enfermedad de base o no dirigidos a mejorar directamente los síntomas del paciente, como el uso de fármacos que bloquean la actividad neuromuscular, no se considera ético.

En todo momento se debe respetar la intimidad del enfermo y además facilitar el derecho a recibir asistencia religiosa conforme a sus creencias. La aplicación de los tratamientos debe hacerse tomando en cuenta criterios profesionales sustentados en la mejor evidencia disponible. El trabajo en la UCI debe ser en equipo y evitar el agotamiento del personal. Las labores de docencia-investigación relacionadas con la actividad clínica y la mejora de la asistencia deben regularse y supervisarse, de tal forma que nunca supongan un perjuicio para el paciente.

Hay aspectos legales que suelen limitar en la UCI la buena atención al enfermo y la ética en la práctica de la medicina. Esto es de particular importancia

cuando el profesional, ante la toma de alguna de las decisiones que mencioné con anterioridad, sintiera que está en falta. Al respecto, hay varios mitos legales sobre la terminación de la vida que conviene aclarar. La decisión de no incrementar las medidas terapéuticas o de suspender el tratamiento no siempre requiere la autorización explícita del enfermo. A veces la persona puede estar intubada o inconsciente, y si el médico prescribe o administra altas dosis de analgésicos para aliviar el dolor en un paciente terminal y éste llega a fallecer, no es motivo para que sea juzgado por la ley.³⁰ En México, cuando un enfermo terminal está desesperado a pesar del tratamiento paliativo, y él o ella solicitan que se aplique alguna medida que les conduzca a la muerte, no hay ninguna opción legalmente permitida para que el médico lo haga.

ERRORES MÉDICOS

Los códigos de conducta ética son una expresión tangible de profesionalismo. Errar es humano y los médicos no son distintos del resto de la humanidad. Los errores que cometen tienen consecuencias variables, a veces sin repercusión clínica, y en otras ocasiones impactan directamente en la salud o la calidad de vida del paciente. Hay algunos que ponen en peligro la vida del enfermo y otros más graves que pueden culminar con su muerte.³¹

Los errores son eventos que llevan al médico a reconocer y concluir que representaron una amenaza para la integridad del paciente, que no debían haberse cometido y que no quisiera que vuelvan a suceder. Son eventos que afectaron o que pueden afectar la calidad del servicio que el médico proporciona. Pueden ser grandes o pequeños, administrativos o clínicos, ante los cuales se realizaron o no acciones correctivas. La buena preparación del profesional y de sus capacidades clínicas pueden conducir a errores; no obstante, la definición de error médico para el presente análisis no está basada en el conocimiento previo de reacciones adversas secundarias a la intervención médica, sino que considera eventos que se presentaron debido a fallas en el proceso de la atención que facilitaron el riesgo de daño.³²

En 2004, en un estudio colaborativo denominado *Linnaeus collaboration* en el que participaron médicos generales de Canadá, Australia, Inglaterra, Holanda, Nueva Zelanda y Estados Unidos, el porcentaje de errores médicos varió entre 29.3 y 39.3. Se consideraron errores muy graves entre 5.8 y 7.1 %. El análisis de los resultados obtenidos permitió concluir que hay

errores atribuidos directamente al médico, al sistema y al paciente. Los principales factores de riesgo para que los médicos cometan errores incluyen que estén estresados, fatigados o distraídos en el momento de realizar la acción médica. El riesgo de errores relacionados con los sistemas guarda relación con la eficiencia de los procesos administrativos, como por ejemplo el efecto de perder o traspapelar expedientes, exámenes de laboratorio reportados incorrectamente, la no disponibilidad de estudios en el momento de la visita médica, entre otros. El riesgo de los pacientes puede estar en el número y la gravedad de condiciones comórbidas, la cantidad de medicamentos que toman o en su apego a las indicaciones médicas.³³

La discusión ética se centra en el hecho de informar o no del error al paciente. Las barreras son generalmente la falta de disposición de admitirlo por el médico, las implicaciones que ello puede tener entre sus colegas y el temor de que, al hacerlo, pueda dar lugar a demandas u otras acciones legales. Admitir el error es lo correcto éticamente.³⁴ Una vez que se admite y reporta, facilita su corrección, evita el que se repita en otros casos e incluso puede representar una atenuante en casos legales, cuando el error se llegue a saber por otras fuentes. Es además recomendable que al reconocerlo, se acompañe de una nota en el expediente clínico. A pesar de todo esto la oposición a hacerlo persiste y la realidad demuestra que en muchas ocasiones se llega a reconocer el error médico sólo en forma parcial, tratando de atenuar los efectos del mismo.

Éticamente se debería facilitar al médico el reconocimiento de un error, sin considerar como única solución la de una acción disciplinaria, punitiva, que conduzca al no reconocimiento del error. La realización de sesiones de morbilidad dentro de una institución, con discusión del caso entre colegas, es un ejemplo de cómo se facilitan el análisis y la discusión del error en el contexto clínico. Este tipo de sesiones se convierte entonces en un instrumento útil de transparencia, que facilitará la prevención de casos similares. Además, representa una capacitación para el personal académico de una Institución.

Las leyes en general reconocen que los médicos pueden cometer errores, siempre que no haya negligencia, pero la interpretación de ello es, no obstante, muy variable. El reconocimiento del error médico es, sin duda, una atenuante importante, más aún si se hace en forma temprana y se informa de ello al paciente. Es recomendable que el médico sea quien reporte el error al enfermo y que dé una explicación objetiva y narrativa, no de manera defensiva o evasi-

va, sino reconociendo que lamenta que haya ocurrido. Hacerlo así puede producir empatía y mejorar la relación médico-paciente. El marco legal actual es percibido todavía, en general, por la comunidad médica, como poco amigable para estimular *per se* la transparencia en el hecho de reconocer el error.³⁵

Otra posible fuente de errores que está aún poco estudiada, pero que plantea un relevante problema ético, se refiere al de consultas por teléfono. En un estudio por Radecki y colaboradores, llevado a cabo en Estados Unidos, se estimó que cerca de 25 % de los "encuentros" médico-paciente ocurren por vía telefónica.³⁶ Recientemente, en la Universidad de Kentucky se realizó otro estudio en el que se descubrió que este tipo de consulta dio lugar a errores médicos potencialmente adversos en 14 % de los casos y a efectos adversos en 6 %. En ninguno de ellos estos errores pusieron directamente en riesgo la vida del paciente y son más fáciles de corregir durante la siguiente visita médica.³⁷ El estudio es pequeño en cuanto a número de pacientes; sin embargo, muestra la necesidad de explorar esta línea de atención, sobre todo porque ante problemas económicos representa un recurso de fácil acceso para el enfermo. La recomendación ética es tratar de limitar este tipo de consultas, que al hacerlo el médico tenga pleno conocimiento del caso clínico y que ante alguna duda consulte el expediente. Es conveniente además dar seguimiento a la recomendación que se haya hecho por teléfono.

En el futuro, otra área que habrá que explorar en cuanto a sus implicaciones éticas es la consulta por la vía electrónica (*e-mail*). El médico deberá explicar al paciente las limitaciones inherentes al procedimiento, tanto en atención directa como en confidencialidad.³⁸

CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida ha modificado en diversos aspectos la práctica de la medicina y pone en el centro de la discusión muchas de las intervenciones del médico. Un aspecto particular lo constituye el abordaje del concepto de calidad de vida en cuanto a su relación con enfermedades crónicas.

El tratamiento de estas enfermedades resulta en muchas ocasiones en mayor sobrevida, pero también da lugar a cambios significativos en la calidad de vida que pueden comprometer la funcionalidad del paciente, su cotidianidad, su trabajo, sus afectos, sus relaciones personales y otros intereses. Ante esta situación se plantean frecuentemente aspectos éticos personales y familiares. La sobrevida se puede acompañar de co-

morbilidades psicológicas, problemas sociales, restricciones en estilos de vida e incluso de problemas económicos. A menudo la sobrevida da lugar a un mayor número superior de hospitalizaciones, a la necesidad de tratamientos o de asistencia de personal paramédico, que no se habían contemplado.

La forma en que la enfermedad crónica afecta la calidad de vida suele ser muy diversa. El deterioro puede ser consecuencia directa del padecimiento de base, por ejemplo en el caso de la hipertensión arterial, cefalea, astenia o adinamia. En otras ocasiones, quizá las más frecuentes, son las complicaciones de la enfermedad las que afectan la calidad de vida. Muestra de esto último son, por ejemplo, el daño renal o las complicaciones vasculares propias de la evolución crónica de la misma hipertensión arterial. Por tanto, la responsabilidad ética del médico ante estas situaciones va más allá del solo tratamiento de la entidad nosológica. Otro ejemplo que ilustra claramente estas situaciones es el de los pacientes con insuficiencia renal crónica y hemodiálisis.

No hay duda de que el procedimiento de diálisis ha resultado en mayor sobrevida; sin embargo, diversos estudios han demostrado que esa sobrevida se acompaña de síntomas que impactan directamente la calidad de vida de estos enfermos: de los pacientes en diálisis, 50 % refiere dolor o trastornos del sueño que ameritan ser tratados con medicamentos.³⁹ El análisis de la calidad de vida demuestra que con mayor frecuencia que los controles normales, estos enfermos presentan depresión y franca disminución en la percepción de su calidad de vida. Éticamente, deben ser enterados con anterioridad de estos posibles efectos y su manejo integral a menudo ha de ser ampliado más allá de la intervención farmacológica mediante programas de apoyo psicológico o de rehabilitación física.

El síndrome pospolio se presenta muchos años después de la afección aguda y se caracteriza por un aumento progresivo de debilidad, y dolor muscular y articular. Más de la mitad de los pacientes refieren fatiga y pérdida de energía. Cuando se miden en ellos índices de calidad de vida, las áreas más afectadas son las relativas a la dimensión psicosocial y la comunicación e interacción social. La edad y el género son factores importantes; las mujeres se adaptan mejor. La aplicación temprana de programas de rehabilitación impacta directamente en su calidad de vida.⁴⁰

La calidad de vida en sobrevivientes de cáncer es un tema multifacético y complejo. Un estudio en pacientes mayores de 60 años, con sobrevida de más de

cinco por cáncer de mama, de próstata o colorrectal, mostró que cerca de 40 % de los enfermos tenía, como mínimo, un síntoma atribuible al tratamiento del cáncer. El dolor crónico es el más frecuente. Más de 40 % de los sobrevivientes de cáncer de mama y 20 % de los sobrevivientes del de próstata manifiestan tener dolor que interfiere sus actividades cotidianas y que requiere atención médica.⁴¹ El establecimiento de manejos protocolizados del dolor mejora la percepción del paciente acerca del problema, disminuye su ansiedad y mejora su calidad de vida.

La mayor sobrevida del ser humano se ha visto acompañada de una mayor frecuencia de enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia. Estos padecimientos predominan en los adultos mayores y dan lugar habitualmente a una disminución considerable en la calidad de vida. Se estima que aproximadamente 1 % de la población mexicana la padece. En algunos países, al reconocer su importancia, se ha incluido en sus programas sanitarios. En el campo de la investigación se realizan múltiples estudios a fin de encontrar métodos sensoriales, químicos o de imagen que permitan su detección temprana.⁴²

Conforme se alarga la vida, la enfermedad de Alzheimer se acompaña de mayor morbilidad y de un aumento de trastornos cognoscitivos. Es frecuente que ello sea motivo de consulta al médico sobre la conveniencia de internar o no a los pacientes en asilos u otras instituciones de asistencia. Se trata de padecimientos en los que la ansiedad y la depresión son efectos importantes que afectan tanto al paciente como a las personas en su entorno, a medida que la autoestima y valía del enfermo se van afectando. Un factor que se añade con no poca frecuencia y que contribuye a aumentar la angustia y congoja en estos pacientes es el impacto económico que se genera a lo largo de la enfermedad.

El deterioro en la calidad de vida en esos padecimientos no ocurre estrictamente de manera paralela al deterioro en el estado clínico del paciente. Actuar temprana y efectivamente es la mejor forma y por ello el médico debe estar preparado para intervenir cuando sea necesario. La detección de posibles factores desencadenantes resulta fundamental y entre ellos se pueden mencionar la disminución en la capacidad de integración social; la mengua en la memoria; el exceso de consultas médicas (que a menudo incrementan la preocupación del paciente y de sus familiares y favorecen el empleo de medicamentos no necesarios); la falta de monitorización en el empleo de medicamentos depresores o estimulantes del sistema nervioso, que en no pocas ocasiones favorecen el deterioro del pa-

ciente, y la inadecuada preparación del personal encargado de su cuidado puede ser otra causa de desgaste en la relación y representar una significativa carga de estrés adicional. Es importante no favorecer la inmovilidad de los pacientes, ya que puede inducir aún más su dependencia.

En términos generales, la responsabilidad ética del médico ante eventos crónicos que comprometen la calidad de vida incluye informar y preparar al paciente y a su entorno familiar para abordar de la mejor manera posible las situaciones que se van presentando. La intervención sintomática ante las complicaciones no debe centrarse sólo en el tratamiento del síntoma, sino ha de considerar, las implicaciones que ello vaya a tener sobre la calidad de vida del paciente y tratar, en cuanto sea posible, de incorporarlo a él o a quien sea responsable del mismo en la toma de decisiones.

EL ENFERMO EN SITUACIONES TERMINALES CON PADECIMIENTOS INCURABLES

Las actitudes y las formas de enfrentar que tiene el médico cuando ha de atender al enfermo en situación terminal de padecimientos incurables son muy variables. En los estudios realizados con encuestas muy amplias se considera que el promedio de vida de un enfermo terminal es de alrededor de tres semanas; sin embargo, para fines prácticos lo más aceptado para catalogar a un paciente como terminal es cuando su expectativa de vida es menor de una semana.⁴³

Al atender a uno de estos enfermos el médico se enfrenta a situaciones éticas como el respeto a la vida, el deber de salvarla, el respeto a la autonomía del paciente, el concepto de muerte digna y la integridad profesional, entre otras. Cada uno de estos aspectos cuenta con diversos índices de énfasis y de interpretación.

En un estudio reciente en seis naciones europeas y Australia se reportó que aun cuando hay diferencias culturales y legales entre los países, las decisiones que toman los médicos al término de la vida del paciente son muy similares. En general, ante la solicitud expresa del paciente terminal o de sus familiares cuando éste no esté en condiciones de hacerlo, la gran mayoría de los médicos, más de 90 %, aceptarían suspender un esquema de quimioterapia después de tres sesiones, ya sea por dolor no controlable, por en-

trar al paciente en estado semicomatoso o cuando la posibilidad de sobrevivir se estime que sea menor de dos semanas.

Cuando se investigó cuántos de esos médicos tomarían para sí mismos esta iniciativa, se documentó entre los distintos países que lo harían entre 34 y 73 %. Al preguntar sobre esta misma acción, pero autorizada únicamente por los familiares sin informar al paciente, el porcentaje fue entre 9 y 45. Otras decisiones como intensificar el uso de drogas opioides para aliviar dolor o la administración de barbitúricos para mantener al paciente en sedación profunda hasta la muerte, sin apoyo nutricional o hidratación, tuvieron un comportamiento similar. Un número no significativo de médicos aceptarían la administración de fármacos que explícitamente conducen a la muerte, con excepción de Bélgica y Holanda, donde legalmente ello está contemplado.⁴⁴

LA MUERTE

“La responsabilidad del médico atañe no sólo al vivir, sino también al morir. A la cabecera del moribundo siguen contándose entre los insustituibles administradores de humanidad” (Alfons Auer).

El sentimiento que experimenta el médico al acompañar a un paciente en etapa terminal, ya sea por un padecimiento agudo o por una enfermedad crónica, es muy especial. Son momentos de transferencia entre médico y paciente, marcados por una gran honestidad y amor, en donde desaparece la soberbia, se reconocen límites y surge la conciencia del derecho que el enfermo tiene de morir de la mejor manera.

Si bien el manejo de un paciente en fase terminal es delicado, la paliación del dolor y el sufrimiento propician momentos en los que el enfermo puede reflexionar no sólo sobre su vida, sino también sobre su muerte. Son momentos que, aunque breves, pueden ser enormes en cuanto a significado personal o familiar, como lo he atestiguado en varias ocasiones. Son espacios en que se ponen a prueba el buen juicio del médico y el sentido humanitario de la medicina. Al abordar estos temas con su médico, la relación médico-paciente se fortalece.

A veces el enfermo terminal se encuentra aislado, alejado de sus familiares o amigos; en este caso, propiciar un ambiente cálido entre sus seres queridos es una de las tareas del médico. Éste debe tratar de evitar la idea de que lo que se avecina inevitablemente implica sufrimiento y que así se vaya creando una atmósfera de angustia. No siempre es posible, pero sin

duda la presencia del médico es muy importante en los momentos finales de la vida de un paciente.

Los avances de la medicina en las áreas de diagnóstico y tratamiento han sido notables en los últimos decenios y, sin embargo, todavía hay múltiples enfermedades que están destinadas a evolucionar a la cronicidad, que continúan siendo incurables y que dan lugar a un considerable número de enfermos terminales, como es el caso del cáncer, la diabetes mellitus y las afecciones cardiovasculares, entre otras.

El médico debe sentirse tranquilo al tratar a este tipo de pacientes, conocer sus propias limitaciones y mantenerse atento al desarrollo de nuevas opciones terapéuticas. Ha de saber reconocer las complicaciones que pueden presentarse y su manejo adecuado, y comentarlas con el paciente y sus familiares cuando éste lo desee. En dicho manejo se incluye el de la paliación del dolor, el conocimiento de los aspectos éticos que plantea el caso y técnicas de comunicación que le permitan, al final del padecimiento, saber cuándo dejar ir (morir) al paciente.³⁰

Hay personas que quieren tener cierto grado de control sobre su atención médica, incluso cuando están muy enfermas, que desean participar en las decisiones y, por tanto, explorar la posibilidad de decidir sobre ello y aun en forma particular tomar decisiones relacionadas con la muerte. Lo que desean es hacerlo cuando gozan de buena salud y están libres de presiones; para ello requieren estar bien informados. Ejemplos tangibles son los de expresar sus preferencias sobre el tipo de atención médica ante un padecimiento crónico o un estado terminal, o bien el deseo de donar sus órganos en caso de fallecer.⁴⁵

En tal situación la voluntad se vincula éticamente con el concepto de libertad para decidir y obrar que tiene el paciente, implica conocimiento pleno de lo que se decide y comprensión de las consecuencias de la decisión que está tomando. Cuando toma decisiones sobre su salud y muerte, se desenvuelve en el marco de la autonomía de la voluntad; sin que ello necesariamente tenga que llegar a ser un contrato en el sentido técnico de la palabra, también se está robusteciendo la relación médico-paciente. Idealmente, la construcción de esos acuerdos ha de darse a lo largo de varias visitas.

El médico tiene la responsabilidad de informar con detalle los escenarios posibles y las opciones. Debe además facilitar al paciente la oportunidad de recabar de otras fuentes las opiniones que juzgue necesarias. En algunos países las decisiones que toma el paciente se plasman por escrito y las reconoce mediante su autorización firmada. Es importante asegurarse de

que puede retractarse siempre que lo desee, aun cuando haya firmado previamente.⁴⁵

Es recomendable que este tipo de decisiones que en vida toma el paciente, además de hacerlas del conocimiento del médico, se comenten con familiares y amigos, ya que en situaciones extremas esto facilitará a los familiares autorizar o negar ciertas decisiones como la donación de órganos. Así, se evita la sorpresa y se reduce la posibilidad de remordimientos.⁴⁶

Por considerarlo de interés, a continuación transcribo lo que la *Ley Mexicana de Salud* señala con respecto a la pérdida de la vida y donación de órganos.⁴⁷

Pérdida de la vida

Art. 343. Para efectos de este título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a) La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b) La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c) La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d) El paro cardíaco irreversible.

Art. 344. La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- I. Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o
- II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes, con espacio de cinco horas.

Art. 345. No existirá impedimento alguno para que, a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante,

conforme al orden expresado, se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343.

Donación de órganos

Art. 320. Toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente, para los fines y con los requisitos previstos en el presente título.

Art. 321. La donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes.

Art. 322. La donación expresa constará por escrito y podrá ser amplia cuando se refiera a la disposición total del cuerpo o limitada cuando sólo se otorgue respecto de determinados componentes.

En la donación expresa podrá señalarse que ésta se hace a favor de determinadas personas o instituciones. También podrá expresar el donante las circunstancias de modo, lugar y tiempo y cualquier otra que condicione la donación.

La donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.

Con el paso del tiempo, la intervención del médico y del paciente han ido teniendo un papel más participativo, sobre todo en lo que se refiere a una muerte alejada del sufrimiento, a la toma de decisiones para ejercer el derecho a morir y para evitar el encarnizamiento terapéutico. Esto ha ido acompañado de dilemas éticos, principalmente cuando se trata de considerar la muerte asistida.

La atención a una persona al final de su existencia por lo general tiene lugar en el contexto de una mayor certidumbre acerca de la mortalidad. No obstante, un número considerable de médicos desconocen qué significan las opciones de muerte asistida; y además, independientemente de los distintos escenarios, qué ley contempla y regula esta situación en distintos países. En la práctica surgen con frecuencia situaciones clínicas no vislumbradas por la ley. Si esto lo trasladamos a los pacientes, un número más significativo de ellos desconoce los conceptos de muerte asistida y argumentos como "déjeme morir", "quiero morir" o "mejor máteme" se expresan fuera de contexto, a veces como manifestación de depresión por el padecimiento terminal o por poca tolerancia a situaciones que no

pueden controlar y que difícilmente pueden interpretarse como solicitudes formales de muerte asistida.

Se considera como muerte asistida la realización, por parte de terceros, de actos que conducen de manera deliberada a la muerte de otro que se encuentra ya en proceso de morir. Ahí se incluyen el suicidio asistido y la eutanasia, opciones que son motivo de grandes controversias en los países que las llegan a plantear.⁴⁶

Hay que detenerse en el hecho de que la muerte asistida, como concepto, va más allá y podría abordarse también en forma más amplia bajo el rubro de ética y final de la vida, explorando los itinerarios para deci-

siones responsables y que comprenden el rechazo del paciente al tratamiento, a la hidratación o a nutrirse.

Como corolario se puede mencionar que a nadie deben ocultársele las dificultades que implica, desde el punto de vista ético, la toma de decisiones en la práctica médica. El hacerlo conlleva el análisis de las incertidumbres y de las perspectivas que ello implica. Este proceso debe involucrar la capacidad de juicio tanto del médico como del paciente. Las decisiones han de tomarse en el marco ético que la sociedad ha establecido y de acuerdo con las normas que la ley de salud de cada país instituye.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan, R. M. y Frosch, D. L., "Decision making in medicine and health care", *Ann. Rev. Clin. Psychol.*, 27:525-556, 2005.
2. Yourcenar, M., *Memorias de Adriano*, 2a. ed., Sudamericana, Buenos Aires, 2007.
3. Taitz, J., "The role of medical confidentiality. V. The moral duty to warn an endangered third party", *S. Afr. Med. J.*, 190 (78):29-33, 1965.
4. Levinson, W., Kao, A., Kuby, A. y Thisted, R. A., "Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences", *J. Gen. Intern. Med.*, 20:531-535, 2005.
5. Frosch, D. L. y Kaplan, R. M., "Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions", *Am. J. Prev. Med.*, 17:285-294, 1972.
6. Fraenkel, L. y McGraw, S., "What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making?", *J. Gen. Intern. Med.* 22:614-619, 2007.
7. NOM-168-SSA-1998 del expediente clínico, numeral 5-6. Ley reglamentaria del artículo 5o. Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Artículo 36. *Ley General de Salud*, artículos 136, 137 y 138. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, artículos 19 y 35.
8. Solyenitsin, A., *Pabellón de cancerosos*, 4a. ed., Ediciones Ercilla, Santiago de Chile, 1970.
9. Russell, B., *Why I am not a Christian and other essays on religion and related subjects*, Simon and Schuster, Nueva York, 1957.
10. Iraburu, M., "Confidencialidad e intimidad", *An. Sist. Sanit. Navar.*, 29:49-59, 2006.
11. Berry, R. M., "The genetic revolution and the physician's duty of confidentiality. The role of the old Hippocratic virtues in the regulation of the new genetic intimacy", *J. Leg. Med.*, 18:401-441, 1997.
12. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Adoptada y proclamada por la resolución de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas 217 A (iii), 10 de diciembre de 1948.
13. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, artículos 29 y 30. NOM-168-SSA-1998, del expediente clínico, numeral 5.
14. Hernando, P. y Marijuán, M., "Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial", *An. Sist. Sanit. Navar.*, 29 (3):91-99, 2006.
15. Kortner, U. H., "Illness, culture and religion-issues of intercultural medical ethics and nursing ethics", *Wien Med. Wochenschr.*, 157:183-189, 2007.
16. Ridley, D. T., "Jehovah's witnesses refusal of blood: obedience to scripture and religious conscience", *J. Med. Ethics*, 25:469-472, 1999.
17. Elder, L., "Why some Jehovah's witnesses accept blood and conscientiously reject official Watchtower Society blood policy", *J. Med. Ethics*, 26:375-380, 2000.
18. Maylon, D. W., "Transfusion free treatment of Jehovah's witnesses: respecting the autonomous patient's rights", *J. Med. Ethics*, 24:302-307, 1998.
19. Olsen, J. B., Alstrup, P. y Masden, T., "Open-heart surgery in Jehovah's witnesses", *Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 24:165-169, 1990.
20. Woolley, S., "Children of Jehovah's witnesses and adolescent Jehovah's witnesses: what are their rights?", *Arch. Dis. Child.*, 90:715-719, 2005.
21. Adams, C. E. y Leverland, M. B., "The effects of religious beliefs on the health care practices of the Amish", *Nurse Pract.*, 58:63-67, 1986.
22. Bijker, M. S., Melief, C. J., Offringa, R. y Van der Burg, S. H., "Design and development of synthetic peptide vaccines: past, present and future", *Expert Rev. Vaccines*, 6:591-603, 2007.
23. Girard, D. Z., "Which strategy for Pertussis vaccination today?", *Paediatr. Drugs*, 4:299-313, 2002.
24. Degos, F., "Vaccination against hepatitis B virus", *Presse Med.*, 35:347-352, 2006.
25. Reisinger, K. S., Block, S. L., Lazcano-Ponce, E. y cols., "Safety and persistent immunogenicity of a qua-

- divalent human papilloma virus types 6, 11, 16, 18, L1 virus-like particle vaccine in preadolescents and adolescents: a randomized controlled trial", *Pediatr. Infect. Dis. J.*, **26**:201-209, 2007.
26. Mwenye, K. S., Siziya, S. y Peterson, D., "Factors associated with human anthrax outbreak in the Chikupo and Nigandu villages of Murewa district in Mashonaland East Province, Zimbabwe", *Cent. Afr. J. Med.*, **42**:312-315, 1996.
 27. Ghadially, R., "All for Izzat Womens Glob Netw Reprod rights", **38**:7-8, 1992.
 28. Nava, S., Sturani, C., Hartl, S. y cols., "End-of-life decision-making in respiratory intermediate care units: a European survey", *Eur. Respir. J.*, **30**:156-164, 2007.
 29. Pauls, M., McRae, A., Campbell, S. G., Dungey, P., "Ethics in the trenches: Part 2. Case studies of ethical challenges in emergency medicine", *Can. J. Emerg. Med.*, **6**:363-366, 2004.
 30. Meisel, A., Snyder, L. y Quill, T., "Seven legal barriers to end-of-life care-myths, realities, and grains of truth", *JAMA*, **284** (19):2495-2501, 2000.
 31. Nuckols, T. K., Bell, D. S., Liu, H. y cols., "Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals", *Qual Saf Health Care*, **16**:164-168, 2007.
 32. Anderson, R. J., Amarasingham, R. y Pickens, S. S., "The quest for quality: perspectives from the safety net", *Front Health Serv. Manage.*, **23**:15-28, 2007.
 33. Rosser, W., Dovey, S., Bordman, R. y cols., "Medical errors in primary care. Results of an international study of family practice", *Can. Fam. Physician*, **51**:386-387, 2005.
 34. Levinson, W. y Gaalagher, T. H., "Disclosing medical errors to patients: a status report in 2007", *CMAJ*, **177**:237-244, 2007.
 35. Hebert, P. C., Levin, A. V. y Robertson, G., "Bioethics for clinicians. 23. Disclosure of medical error", *CMAJ*, **164**:509-521, 2001.
 36. Radecki, S. E., Neville, R. E. y Girard, R. A., "Telephone patient management by primary care physicians", *Med. Care.*, **27**:817-822, 1989.
 37. Killip, S., Ireson, C. L., Love, M. M. y cols., "Patient safety in after hours telephone medicine", *Fam. Med.*, **39**:404-409, 2007.
 38. Bovi, A. M., "Ethical guidelines for use of electronic mail between patients and physicians", *Am. J. Bioeth.*, **3**:W-IF2, 2003.
 39. Cohen, S. D., Patel, S. S. y Khetpal, P., "Pain, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic kidney disease", *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.*, 2007.
 40. Markstrom, A., Sundell, K., Lysdahl, M. y cols., "Quality-of-life evaluation of patients with neuromuscular and skeletal diseases treated with noninvasive and invasive home mechanical ventilation", *Chest*, **122**:1695-1700, 2002.
 41. Deimling, G. T., Sterns, S., Bowman, K. F. y Kahana, B., "The health of older-adult, long-term cancer survivors", *Cancer Nurs.*, **28**:415-424, 2005.
 42. Xiaolin, Zhou, Jie, Xu y Yongbo, Z., "Risk factors of distress in Alzheimer's patients", *Ann. Acad. Med. Singapore*, **36**:253-258, 2007.
 43. Onwuteaka-Phillipsen, B. D., Fisher, S., Cartwright, C. y cols., "For the European End-of-Life (EURELD) Consortium", *Arch. Intern. Med.*, **166**:921-929, 2006.
 44. Villamizar, R. E., "El morir y la muerte", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, págs. 66-792, 2002.
 45. Silveira, M. J., DiPiero, A., Gerrity, M. S., Feudtner, C. H., "Patients' knowledge of options at the end of life", *JAMA*, **15**:2483-2488, 2000.
 46. ReiHicks, M. H., "Physician-assisted suicide: a review of the literature concerning practical and clinical implications for UK doctors", *BMC Family Practice*, **7**:39, 2006.
 47. *Ley General de Salud de México*, artículos 343, 344, 345, 320, 321 y 322. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*.



Capítulo 10

Ejercicio de la medicina en los centros de atención públicos

JOSÉ ADRIÁN ROJAS DOSAL
JESÚS ALFONSO PEÑALOZA SANTILLÁN

En general, los aspectos éticos del ejercicio de la medicina no deberían diferir entre la que se practica en medios privados y la que se ejerce en instituciones públicas, ya que la ética es lo que da sentido al propósito de la medicina dondequiera que se ejerza y lo que realmente importa no es la forma en que se estructura un sistema de salud, y tampoco las modalidades de su financiamiento, sino los contenidos y las cualidades de los servicios que se prestan para preservar la salud y la vida de las personas, con todo respeto a sus emociones, su dignidad y su intimidad.

Sin embargo, existen características particulares muy propias de los hospitales llamados *públicos*, es decir, instituciones de apoyo general a la población en que la injerencia económica y administrativa del Estado es fundamental, por lo que también se les conoce como *instituciones burocráticas* en el sentido estricto de la palabra. Estos sistemas organizan la atención médica y para la salud a modo de satisfacer las necesidades de la población, en particular de los sectores más desprotegidos, y están ligados inevitablemente al modelo político, social y económico imperante en la sociedad.

Los indicadores muestran progresivo mejoramiento en la cobertura (en 10 años se incrementó en 37 % el personal médico en instituciones del sistema na-

cional de salud)¹ y en los índices y tasas que reflejan el estado sanitario de la población mexicana: tasa de mortalidad infantil (18.1 por 1000 nacidos vivos), tasa bruta de mortalidad y esperanza de vida (71.8 en hombres y 77.2 en mujeres).² Esto, desde luego, es trascendental, pero la ética médica necesariamente debe considerar los aspectos personales implícitos en la atención de la salud, es decir, el modo en que se establece y desarrolla la relación médico-paciente en el trato individual y la relación instituciones sanitarias-pacientes en el plano colectivo. Las personas no se satisfacen con números y estadísticas, sino con servicios adecuadamente dotados y con médicos y otros profesionales de la salud bien preparados y humanos.

En este libro, verdadero tratado de ética médica, se analizan con precisión todas las variantes de los aspectos éticos de la medicina en México, por lo que para evitar repeticiones en este capítulo solamente se examinan las particularidades de su ejercicio en hospitales públicos, sin olvidar que están obligados por todas las políticas sociales de salud que se analizan en otros capítulos y que, por otro lado, el fin último y primordial de toda Institución de salud y de todo su personal es el paciente.

MARCO JURÍDICO

El derecho a la salud está señalado en muchas normas jurídicas internacionales; no obstante, llama la

atención que en la *Declaración de los Derechos Humanos* de la ONU³ sólo se mencione escuetamente el derecho a la “salud” y la “asistencia médica...” (art. 25), sin especificar el modelo ni la calidad de esa asistencia.

En México, el sustento jurídico del ejercicio ético de la medicina en las instituciones públicas de salud descansa fundamentalmente en nuestra *Constitución Política*,⁴ que en su artículo 4o., referente a las garantías individuales, incluye la salud como derecho inalienable de los mexicanos y dispone: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.”

La Secretaría de Salud, por medio de diversos instrumentos legales y normativos complementarios entre sí establece y actualiza las políticas que rigen el ejercicio de la medicina en México incluidas, por supuesto, las instituciones públicas, y señala, además de las indicaciones generales y leyes de responsabilidades para servidores públicos, contempladas incluso en la *Constitución* (arts. 108 y 109), los puntos precisos de comportamiento en una institución de salud que, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006⁵ y después de un análisis exhaustivo en múltiples instituciones, diseñó la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*,^{6,7} encaminada a destacar la importancia del respeto a esos derechos, “fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera”.

Por su trascendencia con respecto al tema que nos ocupa, también es necesario tener siempre en mente la *Ley General de Salud*,⁸ que es la que rige en México el derecho a la protección que tiene toda persona y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios sanitarios. Vale la pena transcribir por lo menos dos de sus artículos:

Art. 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Art. 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Como es evidente, este último artículo enmarca la esencia de la ética médica. Esta *Ley General de Salud* se complementa con su *Reglamento en Materia de*

Prestación de Servicios de Atención Médica,⁹ que en el artículo 9o. insiste en que “la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”.

Así, se advierte que tanto en la legislación como en el sustento jurídico de la misma, la ética médica en los hospitales públicos de México no tiene discusión. Lo que sigue es el análisis de su aplicación y de los medios para lograrlo.

ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES PÚBLICOS

La administración de un hospital público es muy compleja, ya que hay que trabajar con distintos tipos de organización, numerosos servicios no sólo de atención médica y quirúrgica, sino de apoyo obligado para cubrir esas funciones, y miles de empleados con las más diversas actividades y con la gama más amplia de educación y de intereses particulares. Así, la buena administración consiste en controlar todos estos procesos para cumplir eficientemente con la principal actividad de un hospital público, que es ofrecer el mejor cuidado de la salud de los pacientes sin malgastar recursos ni esfuerzos adicionales.

En otras palabras, en la actualidad no se conciben la función y el desarrollo de una institución hospitalaria sin contar con una buena administración, que debe estar encaminada a optimizar los servicios y controlar mejor los costos para lograr un equilibrio constante entre su ideal de excelente calidad de atención médica al paciente y el manejo administrativo que le permita generar recursos económicos para crecer y continuar con esa buena atención.

Con fines eminentemente prácticos, pero sin olvidar su soporte ético, se puede considerar que los principales aspectos administrativos se refieren a los recursos financieros y a los humanos.

CONTROL FINANCIERO Y OPERACIONAL

Independientemente de que los recursos y las operaciones financieras varían notablemente en las diversas instituciones públicas de salud, lo primero que viene a la mente cuando se habla de ellas es que sus recursos económicos son limitados y la mayor parte de las veces exiguos, a lo que se agrega que la demanda de servicios es cada vez más imperiosa y elevada,

dadas las características económicas de la mayoría de la población, con una remuneración anual per cápita muy baja, por lo que los aspectos éticos de la obtención y operación de los recursos financieros son básicos en estas instituciones.

Ahí desempeñan un papel fundamental la dirección general y la administrativa del hospital público, que no escapan a la gran responsabilidad de implementar las estrategias para obtener los mayores recursos financieros en cada ejercicio anual mediante sus instancias en los medios gubernamentales, principalmente con base en los informes de buenos resultados y estricta justificación de requerimientos, y de optimizar su aplicación para lograr los mejores beneficios, además de evitar la fuga y los dispendios de esos recursos. Por supuesto que también es muy importante hacer solicitudes de donación de instrumental médico o de valores en especie y asignar adecuadamente los recursos financieros procedentes de instituciones de beneficencia pública o privada.

Actualmente se están aplicando políticas de “descentralización” de las instituciones de salud a fin de que, entre otras acciones, implementen la captación de recursos mediante la facturación de los servicios prestados, como los propios servicios asistenciales (consultas, exámenes de laboratorio y gabinete, internamientos, terapias, intervenciones quirúrgicas), que se coticen de acuerdo con los resultados de un estudio socioeconómico o que incluso puedan ofrecerse a los servicios médicos de compañías privadas o de aseguradoras.

No cabe duda que los servicios hospitalarios bien administrados pueden no sólo costear sus gastos sino ofrecer un beneficio económico. Prueba de ello es el interés que los hospitales privados han despertado a últimas fechas en los inversionistas emprendedores.¹⁰ Por supuesto que en un hospital público el beneficio económico no estaría encaminado a un afán de lucro, sino a mantener su operación en los mejores niveles de calidad y a crecer en su funcionalidad en beneficio de la comunidad. Ahí también el aspecto ético es fundamental, ya que el hospital público se convierte en un factor social de equidad, al permitir que aun las personas más pobres tengan acceso a servicios médicos de vanguardia y de calidad.¹¹

Otra fuente de financiamiento deben ser los servicios educativos, mediante las cuotas de recuperación y de beneficio que se convengan por cursos y congresos de los distintos aspectos médicos, la renta de espacios académicos a particulares en relación con la medicina, así como la de los espacios para exposición durante los eventos científicos y los convenios que se establezcan con instituciones educativas (escuelas de

medicina y de enfermería) para la enseñanza y práctica clínica de sus educandos.

Asimismo, la investigación clínica y de laboratorio en un hospital ya es generadora de recursos económicos por medio de acuerdos con diversas instituciones para llevar a cabo investigación de calidad que satisfaga todos los requisitos éticos. A este respecto, si las compañías farmacéuticas desean apoyar la investigación en una institución u hospital de servicio público, los fondos deben canalizarse directamente a la Dirección del nosocomio para no afectar la transparencia de los resultados, y por medio de un comité científico interno decidir su distribución entre los proyectos vigentes o futuros.¹²

La dirección médica y la de enseñanza de un hospital también están involucradas en motivar a su personal médico y paramédico para mejorar la calidad de la atención al facilitar su actualización, y propiciar un desempeño laboral más cumplido y eficiente, para que de esta manera se le reconozca como una institución de prestigio que le permita implementar y continuar con los proyectos de captación de recursos económicos.

A todo lo anterior se deben agregar programas para optimizar los recursos financieros mediante su honrada y cuidadosa aplicación, a fin de evitar fugas y dispendios y así reducir el gasto.

En suma, el ejercicio ético de la administración hospitalaria está encaminado a obtener suficientes recursos económicos y optimizar su operación para lograr el buen financiamiento del hospital. Para llevar a cabo todo este proceso, actualmente se puede recurrir a consultorías empresariales que detectan los problemas, plantean soluciones y proponen nuevas estrategias.

RECURSOS HUMANOS

Ya se mencionó que la administración, sobre todo de recursos humanos, es muy compleja en un hospital, pero se dificulta más en una institución pública debido a su carácter burocrático, sin olvidar que estos hospitales son de las instituciones más afectadas por la situación económica del país, lo que repercute en la remuneración económica de su personal, incluido el médico.

Una de las principales dificultades es la diversidad de profesiones y de oficios que se ejercen y el diferente grado educativo de los participantes. Además, la actitud del personal de salud en México sigue lógicamente el mismo esquema de conducta de la personalidad propia del mexicano, que ha sido materia de grandes

estudios sociológicos y psicológicos, y que no compete analizar ahora. Baste decir que, en términos generales, casi todo el personal de las instituciones de salud pública está insatisfecho con su remuneración económica y muchas veces, olvidando el resto de las prestaciones laborales que recibe, como seguridad social, vales de despensa, guarderías, días económicos, préstamos para vivienda y otros, casi siempre argumenta sentimientos de frustración que utiliza como pretexto para su deficiente cumplimiento laboral. Por otra parte, hay que considerar la presencia de los sindicatos, gremios generalmente controlados por dirigentes demagogos que no sólo dejan de cumplir con sus propias actividades por considerarse eufemísticamente “comisionados” en el sindicato, sino que para continuar con sus prebendas se dedican a “proteger” a los trabajadores menos responsables y competentes.

Las funciones del personal son muy variables y algunas clasificaciones los dividen en personal de atención directa, cuyo prototipo es el médico, puesto que es el principal responsable; personal de apoyo en esa atención directa, desde enfermeras hasta recepcionistas, y personal de la organización, que se extiende desde la administración hasta la vigilancia. Todos deben considerarse de igual importancia y absolutamente complementarios.

Independientemente de que se trabaje o no en forma directa con el paciente, se debe lograr que todo el personal se identifique con la organización de salud y tenga mayor participación como parte de un equipo de trabajo, a fin de generar el ambiente adecuado para el mayor compromiso y productividad.

El área de recursos humanos debe evaluar al personal por su vocación de servicio, ya que la función primordial de una organización pública de salud es curar o ayudar al paciente. Siempre se ha comentado y sigue vigente la característica fundamental del quehacer médico, aplicable en seres humanos, con todo su acervo afectivo y emocional, quienes además cursan por una etapa, temporal o permanente, de deficiencia de sus funciones orgánicas como es la enfermedad, con gran repercusión no sólo personal sino familiar y social, y por la que todos hemos pasado o indudablemente pasaremos en algún momento de nuestra existencia.

No obstante esta realidad, que se debe captar antes de iniciar la carrera de medicina o de enfermería, con el libre albedrío de aceptarla o no, parecería que el rutinario ejercicio médico hiciera olvidar esos principios básicos de la relación médico-paciente, como la atención, el respeto, la amabilidad, además de la cuidadosa aplicación de los conocimientos y de la destre-

za médica para el cuidado del enfermo, como bien lo señala la enunciación de sus derechos.

Toda persona interesada en trabajar en un hospital público, e incluso en cualquier otra institución de salud, debería evaluarse con base en el estudio del *Código de Conducta para el Personal de Salud 2002*,¹³ que señala el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, y sobre todo el *Código de Bioética para el Personal de Salud 2002*,¹⁴ que “especifica el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, interpretando las normas morales y de trato social que ancestralmente han caracterizado a quienes profesan alguna de las carreras de la salud”, y que señala claramente, en su capítulo II (Conducta bioética en la prestación de servicios de salud): “La población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante.”

Pero por otro lado, no hay que olvidar la demanda excesiva de trabajo que existe en muchos servicios y que también explica que, por el menor tiempo que se le dedica, desmerezca la atención que se le presta a la persona enferma. Sería conveniente que se cubrieran las plantillas de los trabajadores necesarios, en los diferentes turnos y horarios, para satisfacer la buena calidad de la atención médica a partir de los estudios adecuados de la demanda de los diversos servicios. Sin embargo, en muchas ocasiones no es el exceso de trabajo el que demerita el tiempo de atención, sino el no cumplir estrictamente con el horario laboral, por llegar tarde o distraerse en otros menesteres, y por la mala administración del tiempo restante.

Es bien conocido que en muchas instituciones públicas de salud, sobre todo en las que asignan menor salario a sus médicos, hay como compensación una laxitud con el horario laboral, lo que permite su falta grave de cumplimiento, situación completamente amoral con todas las consecuencias esperadas, como la sobrecarga de trabajo para las personas que cumplen y la menor calidad de atención al paciente, que tiene que ser atendido exclusivamente por los médicos en adiestramiento (residentes) o que sufre las consecuencias de diferir su tratamiento. Muchas veces esa falta de atención a la función pública del médico la origina el atender simultáneamente a otros pacientes en una institución privada. Este comportamiento es por completo no ético, ya que no sólo se reciben un sueldo y unas prestaciones que no se ganan, sino que repercute desfavorablemente en la evolución de la enfermedad de los pacientes.

No obstante, también es cierto que para satisfacer sus necesidades económicas los médicos de instituciones públicas deben trabajar en varias de ellas o en otras instituciones privadas, incluido su consultorio, por lo que su tiempo real de trabajo diario es de 16 horas o más. Eufemísticamente, hace varios años a los galenos de algunas instituciones públicas de salud se les calificaba de médicos de tiempo completo (MTC), como si se les pagara lo suficiente para no buscar otros ingresos después de las ocho horas reglamentarias. Ese rezago económico hasta ahora no ha sido resuelto, situación que ya se comienza a vislumbrar en otras instancias burocráticas, como en los sueldos de los investigadores de algunas universidades y empleados de nivel medio hacia arriba. Con seguridad, este aspecto ético de equidad debe ser cumplido por las autoridades gubernamentales.

Se antoja, y así se ha intentado, conjugar los dos intereses, es decir, a la par de exigir el cumplimiento laboral del médico de las instituciones públicas de salud, satisfacer sus legítimas necesidades económicas, tomando en cuenta su nivel profesional, para que al terminar su labor se dedique a su merecido esparcimiento y actividades de superación personal que le permitan seguir cumpliendo adecuadamente con su trabajo. Ahí entran en juego diversos aspectos éticos de la relación por ambas partes.

También es muy importante, ahora y en el futuro, cumplir con los aspectos básicos de educación: satisfacer las necesidades afectivas de las personas, estimularlas, reconocerlas, motivarlas periódicamente al cumplimiento de su labor, capacitarlas y darles oportunidad de ascenso con base en su preparación y cumplimiento.

No hay que olvidar que uno de los principales motivadores es el orgullo de pertenencia y, sin lugar a dudas, el médico es el principal responsable del prestigio de una organización de salud. Por eso, hacia él deben estar encaminadas muchas de las acciones administrativas que faciliten su trabajo y que favorezcan su actualización profesional y su deseo de superación. Financieramente esto no es un gasto, sino una inversión.

Asimismo, y en todos los niveles de empleo y de edad, pero con especial interés en los más jóvenes, es necesario abrir el campo de acción cultural y de comportamiento del médico, para cambiar paulatinamente la mentalidad receptiva y estimular su creatividad en cuanto a la resolución de conflictos personales y laborales, que con el mejor desempeño reforzará su autoestima.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Un aspecto ético muy importante, por su magnitud y consecuencias, se refiere a todos los riesgos que implica la atención médica con respecto a la seguridad del paciente.

El internamiento en una institución de salud es, la mayor parte de las veces, un evento no voluntario, sino forzado por la necesidad de resolver un problema serio de salud, en mayor o menor grado de resolución urgente, según el caso. Por todo esto preocupa muchísimo que un paciente pueda sufrir complicaciones e incluso morir por causas iatrogénicas cuando está internado.

Es paradójico que al recurrir a un hospital para recuperar la salud o atenuar una enfermedad se corran riesgos que agraven la situación, condicionen una pérdida irrecuperable o incluso conduzcan a la muerte. Ahí los errores, que, a veces son garrafales, llegan a tener consecuencias desastrosas. Así, al riesgo que implica la propia enfermedad que ameritó el internamiento se agregan todos los riesgos inherentes a él.

De esos riesgos no se escapa ninguna institución hospitalaria, pero existe la idea, con cierto fundamento, de que se observa en mayor grado y frecuencia en instituciones públicas. Las explicaciones son múltiples, pero como se refleja claramente en todos los campos de la salud, los más pobres son los más desprotegidos (aquí se aplica bien la palabra) y más vulnerables.

Los errores médicos son una de las principales causas de lesiones y muerte en Estados Unidos de América. En un reporte reciente del Institute of Medicine¹⁵ se estima que de 44 000 a 98 000 personas mueren anualmente en los hospitales del estado estudiado, como consecuencia de equivocaciones médicas. Esto quiere decir que fallecen más personas a causa de esos errores que por accidentes en vehículos, cáncer de mama o sida. En otros reportes se señala que de la mortalidad total en una institución hospitalaria 10 % tiene un componente de error médico o paramédico.¹⁶

La mayoría de los errores resultan de problemas creados por la complejidad del sistema actual de cuidado médico y se presentan cuando algo que se había planeado como parte de ese cuidado no funciona o cuando se usa un plan equivocado para el problema de salud. Mas también ocurren yerros cuando los pacientes y sus médicos tienen problemas de comunicación y no hay entendimiento de una o ambas partes; sin embargo, la principal responsabilidad en cuanto a

comprender al enfermo y dar a entender sus indicaciones recae en la parte médica.

Los errores suceden en cualquier ámbito del cuidado médico, incluso en el hogar; se pueden cometer en uno o varios aspectos del proceso de atención y aun hay riesgos que no están directamente relacionados con la atención del paciente.¹⁷ A continuación se mencionan algunos de los principales rubros* concierne al riesgo en la seguridad de un paciente hospitalizado.¹⁸

- Identificación incorrecta o cruzada (lactantes).
- Administración incorrecta de medicamentos: fármacos, dosis, concentración, vía, horario, etcétera.
- Soluciones parenterales: asepsia, mezcla, conexión, tiempo de administración, catéteres, etcétera.
- Toma de productos: asepsia, traumatismos, heridas graves.
- Reporte incorrecto de resultados de laboratorio o de gabinete.
- Retraso para iniciar un procedimiento (diferir).
- Desplazamiento y actividades del paciente: transporte, cambio cama-camilla y viceversa, cambios bruscos de temperatura, caída, funciones excretorias y baño corporal.
- Infecciones nosocomiales: falta de limpieza, asepsia, antisepsia, procedimientos intervencionistas.
- Intervención quirúrgica de la persona o del miembro incorrecto.
- Quemaduras, embolismos.
- Robo de objetos personales, robo de infante, violaciones.

En otras clasificaciones se agrupan eventos quirúrgicos (equivocación en la persona o del miembro intervenido); eventos de los dispositivos (soluciones contaminadas, embolismo gaseoso), eventos relacionados con la protección (niño entregado a otra madre, suicidio), eventos vinculados con los cuidados (medicamento diferente del indicado, úlceras de decúbito), eventos ambientales (choque eléctrico, quemaduras) y eventos criminales (robo de infante, violación).¹⁹

También las consecuencias de estos riesgos se han clasificado en eventos "adversos" y eventos "centinela". Los primeros son los hechos inesperados no relacionados con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención y pueden

o no deberse a un error médico. Los efectos centinela también son inesperados y fuera de la historia natural de la enfermedad, pero que por su gran magnitud producen la muerte del paciente o una lesión física o psicológica severa.²⁰

Ante la gravedad del asunto se han propuesto varias medidas, como disminuir los internamientos a los absolutamente necesarios y el tiempo de estancia hospitalaria, establecer comités de seguridad que identifiquen los riesgos, tomar las medidas para prevenirlos y, por supuesto, asegurar la preparación y el profesionalismo (léase responsabilidad) del personal del hospital, sobre todo el médico y paramédico.^{21, 22, 23}

Con las evidentes limitaciones de cada caso, también es importante involucrar al propio paciente y a su familia en algunos aspectos de su cuidado médico, ya que la colaboración de los familiares es muy útil por estar relacionados afectivamente con el enfermo. Desde luego que de ninguna manera se justificaría hacer que el familiar se haga cargo de responsabilidades graves, delicadas o penosas.²⁴

Con referencia a este mismo campo, en algunos hospitales se ha implementado el nombramiento de "tutores" dentro del personal de la misma institución, que están atentos a la evolución de un paciente específico y que su manejo sea adecuado durante todo el internamiento.

SEGURO POPULAR

La forma en que se han financiado y organizado los servicios de salud en México ha dejado desprotegida a una proporción significativa de la población. Según el registro del Censo de Población y Vivienda del año 2000, 56.9%²⁵ del total de la población del país no estaba asegurada por alguna institución de seguridad social, por lo cual, debido al alto costo que implica el tratamiento y el limitado patrimonio del que se dispone, deja a millones de familias ante la disyuntiva de empobrecerse o ver a sus seres queridos sufrir alguna enfermedad y dolor por falta de recursos económicos.

Con base en esto, en 2001 se creó el Seguro Popular de Salud (SPS) y en ese mismo año se llevó a cabo una prueba piloto en cinco estados de México: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. paulatinamente creció la cobertura territorial y se fueron afiliando familias, hasta que al concluir el primer semestre de 2006 la cifra de beneficiarios llegó a 3 millones 756 791 familias (más de 48 millones de mexicanos) en todo el país, es decir, los 31 estados y el Dis-

* Modificado de Aguirre-Gas H. G. y cols., *El error médico. Eventos adversos*.

trito Federal. Se trata de una regulación se sufragan fundamentalmente el Gobierno federal y los gobiernos estatales, pero también abarca el aporte, si el nivel económico lo permite, de las propias familias, de acuerdo con sus posibilidades.²⁶

Como todo esquema de aseguramiento, el SPS ofrece una serie de beneficios explícitos a los cuales el asegurado tiene acceso en caso de padecer algún evento que lesione su salud, siempre que ese evento se encuentre comprendido en la cobertura otorgada y sus derechos estén vigentes.

Los hospitales públicos, que deben ser certificados por la Secretaría de Salud para poder atender a los pacientes cubiertos por el SPS, hacen la relación de los gastos erogados por la atención, que luego cubren los gobiernos estatales o la Federación.

La operación y estimación de costos del SPS establecen el servicio para diferentes intervenciones seleccionadas con base en su importancia epidemiológica, la demanda de atención y la capacidad instalada para proporcionar esos servicios.²⁷

Los principales rubros específicamente atendidos, escogidos a partir de su alto costo económico (gastos catastróficos) y social, son leucemia linfoblástica aguda, cáncer cervicouterino, cuidados intensivos de recién nacidos prematuros, VIH/sida y cataratas en el adulto mayor.

Para 2007, el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) cubrió 249 intervenciones médicas y 307 claves de medicamentos.

Las últimas reformas a la *Ley General de Salud* (LGS)²⁸ y a su *Reglamento*,²⁹ publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004,^{30,31} respectivamente, reforman, adicionan y dan vida al Sistema de Protección Social en Salud, mediante el cual se convierte en ley el seguro popular. La política actual es seguir aumentando el número de familias aseguradas y de intervenciones médicas.

Actualmente se han implementado otros instrumentos para hacer valer el derecho de los mexicanos a tener acceso a los servicios de salud y para avanzar hacia el esquema de aseguramiento universal, como la Alianza para un México Sano, que involucra a todos los sectores de la sociedad, y el Seguro Médico para una Nueva Generación, que garantiza los servicios de salud a los menores más desprotegidos, y gracias al cual se esperaba que en el transcurso de 2007 la cobertura llegara a 743 000 niños en todo el país, por lo que ellos y sus familias quedarían protegidos con el seguro popular, lo que les permitiría contar con servicios de salud y medicamentos gratuitos.

FAMILIAS EMPOBRECIDAS POR GASTOS CATASTRÓFICOS

Se consideran gastos catastróficos que se derivan de tratamientos y medicamentos que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad. Esto es cada vez más frecuente por el gran encarecimiento de la atención médica en los hospitales particulares y las maniobras de las compañías de seguros, reacias a cumplir su compromiso de pago, por lo que cada vez son más las familias que sufren las consecuencias de esos gastos catastróficos para atender su salud y llegan así a la necesidad de continuar su atención en instituciones públicas, adonde el paciente llega esquilado, devaluado y pobre.

Aunque todavía de aplicación muy limitada, existe el sustento jurídico para estos casos, ya que el artículo 77, bis 5, de la *Ley General de Salud en Materia de Protección Social*,³² establece que corresponde al Ejecutivo Federal, por medio de la Secretaría de Salud, proveer servicios sanitarios de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para tal efecto.

Como hemos mencionado, las categorías de enfermedades que generan gastos catastróficos, actualmente bien definidos por el Consejo de Salubridad General, son leucemia linfoblástica aguda, cáncer cervicouterino, cuidados intensivos neonatales de recién nacidos prematuros y VIH/sida.

DOCENCIA EN INSTITUCIONES PÚBLICAS

El propósito de la educación médica es transmitir conocimientos, impartir habilidades e inculcar valores de la profesión de manera apropiada e integral.³³ Sólo por medio de la educación puede mejorar la calidad de la atención médica, esa educación debe abarcar a todas las ramas de la medicina e incluir la participación de todos los especialistas. Parece increíble que aún haya médicos que se actualizan exclusivamente en su especialidad y consideren innecesario acudir a las reuniones académicas generales de su hospital, ya que la calidad de la medicina mejora mucho cuando el paciente se trata íntegramente y no como un órgano aislado.

Un gran número de hospitales públicos, sobre todo los más famosos y de grandes dimensiones, son verdaderos hospitales-escuela que sirven de campo clínico a instituciones de medicina e incluso tienen programas de residencias avaladas por universidades. Esta ense-

ñanza en las instituciones públicas siempre ha sido de la mayor trascendencia. México es el claro ejemplo de que es en ellas donde se forman la gran mayoría de los médicos que ejercen en los diversos sectores.

Por lo regular la enseñanza en los hospitales públicos está bien estructurada.³⁴ Basta señalar que todos los servicios asistenciales están obligados a elaborar y cumplir con las guías y normas de procedimientos médicos y quirúrgicos, de tal manera que todos sus galenos, sean especialistas o en adiestramiento, sigan un criterio médico uniforme avalado por sus propias experiencias y por evidencias de lo publicado en otros nosocomios. Además, el aprendizaje activo requiere que las habilidades clínicas, tanto cognoscitivas como de procedimientos, se obtengan paulatinamente mediante una enseñanza supervisada del cuidado del paciente.

Todo esto no se da en hospitales privados, ya que ahí cada médico tratante puede aplicar sus propios criterios de manejo de un determinado trastorno patológico, no siempre con validez científica, y además no tiene un compromiso de asistencia ni de horario regular. En este caso hay por lo menos dos consideraciones éticas: la repercusión que tiene en el paciente un tratamiento no idóneo (medicina basada en evidencias) y la mala preparación de los residentes que carecen de una guía uniforme y no adquieren el hábito de ajustarse a normas de procedimientos.

Lo mismo podemos decir de los criterios para enseñar un comportamiento ético. La dimensión moral de la educación médica requiere que los estudiantes y residentes adquieran valores y cualidades profesionales anteponiendo las necesidades del paciente. Los hospitales públicos tienen comités de ética bien establecidos y con reglas precisas de funcionamiento vigentes. Pero los valores profesionales no sólo se transmiten a través de cursos de ética y de relación médico-paciente, sino fundamentalmente por medio del ejemplo y de la enseñanza en el curso de la educación médica continua, con modelos de comportamiento y de la interacción con el ambiente de asistencia médica.

El adquirir responsabilidad en el cuidado de un enfermo es un poderoso estímulo para aprender y se basa en que cada paciente merece el mejor cuidado posible. Por tanto, además de cumplir con la mejor preparación médica de sus alumnos en todos sus grados (estudiantes de medicina y de enfermería, especializaciones, adiestramientos y actualizaciones), la educación en hospitales públicos debe inculcarles el comportamiento ético en su ejercicio profesional, que siempre va aparejado con su conducta en la vida personal, familiar y social. Indudablemente que también

el incremento de su acervo cultural garantiza el mejor comportamiento ético del médico.

INVESTIGACIÓN EN INSTITUCIONES PÚBLICAS

La ciencia médica debe cumplir con su postulado ético de brindar bienestar a los pacientes y de mantener su integridad científica. Al igual que la docencia, por lo general los estudios clínicos de investigación son de mejor calidad en los hospitales públicos que en los privados por diversos motivos, entre los que podemos incluir mayor afluencia pública y, por tanto, más población hospitalaria; mejor control en la participación de los pacientes; laboratorios de investigación más equipados y participación directa de investigadores pertenecientes al sistema nacional.

Los aspectos éticos de la investigación en las instituciones públicas se refieren fundamentalmente a los derechos de los pacientes sometidos a un análisis científico sistematizado y a la injerencia de los investigadores y de sus resultados.

Por lo que se refiere a la primera parte, cualquier protocolo de investigación debe ajustarse a los postulados éticos señalados universalmente desde la Asamblea Mundial de Helsinki³⁵ y estipulados en México por la *Ley General de Salud*.³⁶ No hay que olvidar que el cálculo del riesgo que corren los participantes en un estudio, en comparación con los posibles beneficios que recibirán otras personas, no es una cuestión sin importancia desde el punto de vista ético ni está exenta de valores, y es probable que incluso hasta estén en juego la salud y la vida de los pacientes que participan en el protocolo de investigación.³⁷

Además de que el requisito de cualquier intervención médica de investigación es el consentimiento informado, si el paciente es candidato a ser incluido en un protocolo prospectivo él deberá conocer anticipadamente esa posible inclusión, con todos los riesgos y consecuencias que implica, y tendrá derecho, sin ningún tipo de coerción o pena, a aceptar, rehusar o suspender su participación en cualquier momento.

En lo que se refiere a los investigadores, su trabajo no debe tener ningún conflicto de interés (económico, ideológico o personal) para que los resultados de los estudios emprendidos sean confiables, y si hay algún patrocinio de una compañía farmacéutica interesada en apoyar una investigación, los fondos han de ir directamente a la institución, y donde un comité científico interno decidirá la manera en que se distribuyan entre los proyectos vigentes o futuros que crea convenientes.³⁸

COMITÉS DE ÉTICA

Durante muchos años la ética normativa rigió el ejercicio de la medicina y los conflictos de su aplicación por lo regular no eran muy difíciles de resolver. Sin embargo, el vertiginoso avance científico tecnológico de los últimos años y los profundos cambios sociales en un mundo globalizado traen a la mesa de discusión nuevos conflictos y dilemas que rebasan ampliamente y dejan obsoletos muchos juramentos, declaraciones y códigos éticos de antaño. Ante conflictos ya cotidianos, y no por ello menos trascendentes, como tratamientos opcionales, medidas heroicas, terapias excesivas, trasplante de órganos o equidad en el tratamiento, sin consideración de edad, género o estrato socioeconómico; fertilización in vitro, clonación, eugenesia, código genético y confidencialidad de su información, consentimiento informado, y respeto absoluto a la decisiones del paciente, y entre otros, la normatividad ética en los hospitales de hoy tiene que ser laica, más lógica y racional, prospectiva, multidisciplinaria, sistémica, flexible, transparente y global.³⁹

Para cumplir con ello, hace más de 20 años hicieron su aparición los comités de ética hospitalarios y actualmente son un requisito para la certificación de buena práctica de un hospital.^{40,41}

Estos comités deben estar constituidos por profesionales médicos calificados y de muy buen nivel académico, pero además su solvencia moral ha de ser reconocida y pública. También tienen que estar integrados por personal paramédico (fundamentalmente enfermeras) y por médicos residentes, así como personal jurídico. En algunos casos es recomendable la inclusión de familiares de pacientes (ya no comprometidos con el hospital) y, por el contrario, no se aconseja la participación de directivos de alta jerarquía debido al posible conflicto de intereses.

Las reuniones periódicas de los miembros del comité de ética tienen una función "educativa" de la materia y efectuarán ejercicios de discusión de los graves conflictos axiológicos sobre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, para que en una situación real puedan decidir lo mejor para el paciente.

En las propias reuniones periódicas, pero por lo regular más en sesiones extraordinarias, el comité tiene funciones "consultivas", donde se le presentan, para analizar, discutir y resolver, los casos clínicos que en ese momento estén condicionando tensiones o dudas de decisión sobre un manejo con implicaciones éticas.

No es objeto de este capítulo abordar ese tema, pero referimos a los interesados a los principales as-

pectos atendidos por los comités locales de ética clínica del IMSS en la revisión y análisis de casos clínicos, 2005-2006.⁴²

- Consentimiento informado.
- Competencia.
- Rechazo de tratamiento.
- Interrupción del embarazo.
- Trasplantes y donación de órganos.
- Confidencialidad y privacidad.
- Manejo del expediente clínico.
- Relación médico-paciente.
- Cuidados intensivos.*

CONCLUSIONES

El objetivo primordial de un hospital, sea público o privado, es la atención óptima de cada uno de sus pacientes, para lo cual requiere no sólo recursos financieros que ha de obtener y generar, sino fundamentalmente recursos humanos capacitados en resolver problemas médicos de diverso tipo y compenetrados de una mística de servicio que se traduzca en la calidad de su atención y comportamiento ético.

En la administración pública reciente se han implementado mecanismos institucionales tendientes a lograr la cobertura total de los servicios de salud de todos los mexicanos, para evitar así la ausencia o suspensión de un tratamiento médico adecuado y las consecuencias de los gastos catastróficos de algunos padecimientos.

La ética médica en instituciones de salud no debería diferir entre la que se aplica en el ámbito privado y la que se ejerce en instituciones públicas.

Sin embargo, en estas últimas hay características propias, sobre todo su relación con áreas y políticas gubernamentales, que permiten un gran alcance de cobertura, equidad y recursos, no tan amplios en instituciones privadas, lo que favorece su buen desarrollo científico y metodológico que las enfrenta a nuevos modelos de decisión con base en diversas situaciones de disyuntiva ética.

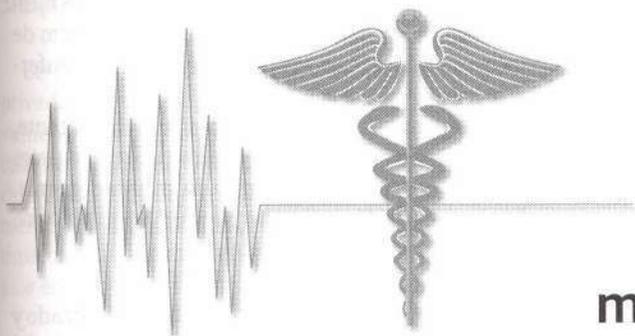
Si bien en este capítulo se examinaron algunas características propias de la medicina en hospitales públicos, el tema no está agotado y ya se viven nuevos conflictos de decisión ética cuya compleja solución exige la participación equilibrada y justa de todos los que actúan en el ejercicio médico.

* Tomado de E. Valdez-Martínez y col., *Comités de ética clínica en México*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Personal médico seleccionado en instituciones del Sistema Nacional de Salud 2006. Disponible en <<http://www.inegi.gob.mx/est/>>.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Indicadores de mortalidad seleccionados. Defunciones generales por grupos de edad y sexo. Tasa bruta de mortalidad. Tasa de mortalidad infantil. Esperanza de vida. 1990-2006. Disponible en <<http://www.inegi.gob.mx/est/>>.
3. Organización de las Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1948. Disponible en: <<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>>.
4. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2007.
5. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Disponible en: <<http://pnd.fox.presidencia.gob.mx/>>.
6. *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*, Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, MX10.1/7471, 2001.
7. Tena, T. C., Ruelas, B. E., Sánchez, G. J. M. y cols., "Derechos de los pacientes en México", *Rev. Méd. IMSS*, **40**:523-529, 2002.
8. *Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984. Reforma publicada el 9 de mayo de 2007.
9. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Diario Oficial de la Federación*, 29 de abril de 1986.
10. Kuttner, R., "Columbia/HCA and the resurgence of the for-profit hospital business", primera de dos partes, *N. Engl. J. Med.*, **335**:362-368, 1996.
11. Goic, G. A., "Ética de la organización de la atención de salud", *Rev. Méd. Chile*, **132**:388-392, 2004.
12. Halabe-Cherem, J. y García-Procel, E., "La ética médica profesional y las prácticas de las industrias farmacéuticas", *Gac. Méd. Méx.*, **142**:439-440, 2006.
13. *Código de Conducta para el Personal de Salud 2002*, Secretaría de Salud, MX10.1/75.
14. *Código de bioética para el personal de salud 2002*, Secretaría de Salud, MX10.1/74.
15. Rosenthal, J., Advancing patient safety through State reporting systems. Perspective. Disponible en: <<http://www.webmm.ahrq.gov/perspective>>.
16. Patient safety authority: 2006 Annual Report. Harrisburg, PA: Commonwealth of Pennsylvania Patient Safety Authority; abril 2007. Disponible en: <http://www.psa.state.pa.us/psa/lib/psa/annual_reports/annual_report_2006.pdf>.
17. Medical errors & patient safety. Disponible en: <<http://www.webmm.ahrq.gov/>>.
18. Aguirre-Gas, H. G. y Vázquez, E. F., "El error médico. Eventos adversos", *Cir. Ciruj.*, **74**:495-503, 2006.
19. Rosenthal, *op. cit.*
20. Aguirre-Gas, H. G. y Vázquez, E. F., *op. cit.*
21. Testimony on patient safety activities at the Department of Health and Human Services. Declaración de Carolyn M. Clancy ante el Subcomité de Salud, el Comité de Energía y Comercio y la Casa de Representantes de Estados Unidos. 9 de junio de 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en: <<http://www.ahrq.gov/news/test60905.htm>>.
22. Soto-Arreola, M. y Hernández de León, B. Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos. VENCER. Régimen Obligatorio. Programa IMSS Oportunidades. Disponible en: <www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/8146843C-EBF8-4F66-898A-A82910ECA714/0/PREVENCIONEVENTOSCENTINELAS>. Testimony on patient safety... *op. cit.*>.
23. Patient Fact Sheet. AHRQ Publication 00-PO39, marzo de 2000. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en: <<http://www.ahrq.gov/consumer/20recom.htm>>.
24. *Idem.*
25. XII Censo general de población y vivienda 2000. INEGI. Población total por tamaño de localidad y sexo, y su distribución según condición como derechohabiente a servicios de salud e institución. Disponible en: <<http://www.inegi.gob.mx/est/>>.
26. *Ley General de Salud. Título tercero bis. De la protección social en salud, artículo 77, bis 5.*
27. *Ley General de Salud. Título tercero bis. De la protección social en salud, cap. VI Del fondo de protección contra gastos catastróficos, artículo 77, bis 29.*
28. *Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984. Reforma publicada el 9 de mayo de 2007.
29. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación... op. cit.*
30. *Ley General de Salud. Título tercero bis, artículo 77, bis 5... op. cit.*
31. *Ley General de Salud. Título tercero bis, capítulo VI, artículo 77, bis 29... op. cit.*
32. *Ley General de Salud. Título tercero bis, capítulo VI, artículo 77, bis 29... op. cit.*
33. Cooke, M., Irby, D. M., Sullivan, W., Ludmerer, K., "American medical education. 100 years after the Flexner Report", *N. Engl. J. Med.*, **355**:1339-1344, 2006.
34. *Ley General de Salud, Título cuarto, capítulo III, artículo 89. Formación, capacitación y actualización del personal.*
35. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Finlandia, junio de 1964. Última enmienda: Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre, 2000. Disponible en: <<http://www.wma.net/s/policy/>>.

36. *Ley General de Salud*. Investigación para la Salud. Capítulo Único. Artículo 100.
37. Unesco. División de Ética de la Ciencia y la Tecnología. Guía 1. Creación de comités de bioética, pág. 22, 2005.
38. Halabe-Cherem, J. y García-Procel, E., *op. cit.*
39. Lifshitz, A., "Influencia de la bioética en la ética clínica", *Rev. Méd. Inst. Mex. Seguro Soc.*, **45**:209-211, 2007.
40. Rosner, F., "Hospital medical ethics committees: a review of their development", *J. Am. Med. Assoc.*, **253**:2693-2697, 1985.
41. Valdez-Martínez, E. y Bedolla, M., "Comités de ética en México: su desarrollo en el IMSS", *Rev. Méd. Inst. Mex. Seguro Soc.*, **45**:265-268, 2007.
42. Valdez-Martínez, E. y Bedolla M., *op. cit.*



Capítulo 11

El ejercicio de la medicina en los centros de atención privados

PELAYO VILAR PUIG

La conducta ética en el ejercicio de la medicina se rige por las normas y los valores fundamentales universalmente aceptados, de suerte que su incumplimiento debe sancionarse de acuerdo con los mismos parámetros, sin importar las modalidades de la práctica profesional, dondequiera que se lleve a cabo. El elemento fundamental para que no se vulneren las normas éticas dependerá, en esencia, de la formación que tenga el médico en estos valores.

En la práctica cotidiana pueden concurrir diversos factores que coloquen al médico ante disyuntivas que entorpecen el cumplimiento de una conducta ética esperable. Esto ocurre cuando en el colectivo donde ejerce (comunidad médica, Institución de salud, Estado o sociedad) no se cumple con las expectativas éticas deseables. La falta de compromiso de estas instancias deja al médico en una asimetría que hace mucho más complejo cumplir cabalmente con su profesionalismo.

En este capítulo nos proponemos analizar algunas de las faltas a la ética médica que se cometen en los centros de atención privada como consecuencia de su tipo de organización y de las actitudes mercantilistas de algunos profesionales de la salud. En modo alguno revisaremos los aspectos de ética médica en general, que se abordan en otros capítulos de esta obra.

Las instituciones de salud privadas surgieron en diversos lugares del mundo principalmente durante

el siglo xx, pero a partir de la década de 1970 cobraron mayor relevancia y complejidad y resultaron un campo cada vez más atractivo para los grandes inversionistas. Este fenómeno se ha acelerado ante la complejidad de financiar y organizar una medicina de alta tecnología que requiere inversiones millonarias. En estas instituciones, desde el punto de vista financiero, se aplican las reglas del capital y del libre mercado, de manera que los inversionistas exigen ganancias de acuerdo con las inversiones realizadas.

En estas circunstancias, las instituciones privadas de atención a la salud requieren una gran derrama de recursos financieros para construcción, equipamiento y organización administrativa; por si fuera poco, la aparición de nuevas y mejores tecnologías en tiempos cada vez más cortos da como resultado que el costo de atención a la salud se eleve en forma exponencial. Así con el fin de que estas instituciones sean competitivas requieren reinversiones constantemente para renovar y adquirir nuevas tecnologías.

En la organización administrativa y en las políticas de la institución, la regla es que el médico es poco escuchado y quienes toman las decisiones son los empresarios y sus administradores.

La medicina privada en México cobró gran ímpetu a partir de la década de 1970 y, en términos generales, lo ha hecho imitando a los modelos de la medicina estadounidense, la cual se vio en sus inicios como un modelo que había que imitar; sin embargo, factores de organización, económicos y sociales la han condu-

cido, como está ocurriendo en otros países, a grandes imperfecciones, inequidades y problemas de financiamiento. Algunas voces han hecho críticas descaradas a lo que ocurre en la Unión Americana en materia de salud, como en el caso de Lundberg y cols.,¹ que han puesto en tela de juicio la medicina de aquel país y consideran que se ha agotado el modelo y debe buscarse uno diferente. Entre los argumentos que los autores proporcionan, aducen que el estadounidense está en crisis por la injerencia exagerada del complejo politicoindustrial, que no ha logrado proporcionar los recursos para desarrollar programas preventivos que en el mediano plazo mejorarían los perfiles de salud de la población, a costos mucho menores y cuyo ascenso hace insostenible al sistema actual. Por otra parte, este complejo ha frenado la investigación científica y ha pasado por alto las verdaderas necesidades de salud.

Un aspecto que los autores destacan es que si bien la elevación de los costos y los servicios prepagados han tenido efectos negativos, lo que más ha dañado a la medicina estadounidense ha sido la progresiva pérdida de los estándares de la calidad profesional y de los valores éticos. Asimismo, cuestionan muchas de las acciones que se realizan en medicina, como las intervenciones de rescate cardiaco que son exitosas en menos de 5 % de los casos o de las terapéuticas con trasplantes de médula ósea en el cáncer de mama, que carecen de la evidencia científica que compruebe su eficiencia.

Respecto del control de la calidad, ejemplifican cómo en Estados Unidos las autopsias practicadas en los hospitales han descendido en los últimos años de 50 a 5 %, con lo que se ha perdido un extraordinario sistema para verificar la precisión de los diagnósticos y la indicación y los resultados de las terapéuticas médicas y quirúrgicas.

En el terreno de la ética, Lundberg y cols. consideran que la mayoría de los médicos de aquel país ignoran los contenidos del *Código de la Ética Médica* y esto los ha llevado a:

1. Uso indiscriminado de tecnología, aun cuando científicamente esté contraindicada.
2. Constantes demandas legales contra los profesionales de la medicina, con encarecimiento de las primas a precios insostenibles, que provocan una desertión cada vez mayor de médicos, que se jubilan prematuramente. (Un seguro contra demandas para un ortopedista puede tener un costo de alrededor de un millón de dólares.)

3. Médicos propietarios de laboratorios que ejercen la medicina, caso en el cual el conflicto de intereses suele ser en detrimento de los enfermos.
4. Altos costos de los medicamentos de patente, en gran parte debido a los estratosféricos gastos que las compañías realizan en mercadotecnia. Estos mismos fármacos se pueden adquirir como genéricos a un menor costo.

No es de extrañar que en un mundo globalizado y con la fuerte influencia que la medicina del país del Norte ejerce en la nuestra, estos fenómenos negativos *aparezcan en nuestros sistemas de salud*, sin importar si son públicos o privados. Por otro lado, las actitudes de la sociedad mexicana hacia la profesión médica son muy distintas de las de hace unos cuantos decenios.

En México, como en otros lugares, en las organizaciones médicas privadas a menudo se presentan dilemas éticos en los que los actores son el médico, la Institución, las compañías de seguros y los propios pacientes. Si entre las partes no existe una actitud positiva y no se acepta que no se puede practicar buena medicina sin el cumplimiento de las normas básicas de la ética profesional, estaremos ante un ambiente en el que difícilmente se logre ese objetivo. Por el contrario, cuando entre las partes fluye una comunicación bien estructurada y la voz del cuerpo médico es escuchada, el resultado siempre será positivo.

Desde esta perspectiva analizaremos los problemas éticos que se presentan en ese tipo de organizaciones y cómo es factible desterrar algunas prácticas que pueden resultar muy dañinas.

LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIVADOS

Uso INNECESARIO DE RECURSOS

En los centros de atención privada actuales la principal fortaleza suele basarse en disponer de alta tecnología, lo cual resulta muy atractivo para el cuerpo médico. De antemano debemos aceptar que el uso de la tecnología moderna no garantiza una buena medicina si su empleo no se sustenta en una buena práctica clínica y quirúrgica adecuada, con protocolos de diagnóstico y tratamiento establecidos, fundados en una medicina basada en evidencias y con apego a este sistema por parte del cuerpo médico.²

SITUACIONES NO DESEABLES

Se ha observado que en los centros de atención privada aparecen conductas con las que fácilmente se vulneran los principios básicos de la ética médica, lo cual se incrementa si la organización y reglamentación de la práctica no se vigilan y acotan cuidadosamente por las autoridades médicas. Citaremos a continuación algunas de las desviaciones en los principios éticos:

1. Médicos que, una vez terminada su especialidad, se incrustan en centros privados, y trabajan en solitario, sin más autocritica que la suya y en ocasiones con ausencia de la misma. Por añadidura, muchos no suelen actualizar sus conocimientos y sus competencias.

2. Uso de la tecnología con poco sustento, lo que en el mejor de los casos encarece innecesariamente el costo de la atención.

3. Daño al paciente al no lograr un diagnóstico adecuado por mala clínica y por utilización de tecnología que no compete al caso.

4. Exposición innecesaria del enfermo a estudios con posibles efectos secundarios, en casos en que el diagnóstico se puede lograr con tecnología más simple y menos arriesgada.

5. Uso injustificado de tecnologías en la terapéutica.

6. Mal uso de la tecnología, aunque esté indicada, cuando quien la aplica no tiene una capacidad adecuada (se observa tanto en las tecnologías diagnósticas como en las terapéuticas).

7. Utilización de nuevas tecnologías que no cuentan con evidencia científica de su utilidad o de su inocuidad.

POSIBLES SOLUCIONES

Ante este tipo de problemas, es fundamental que las instituciones tengan una organización que disponga de sistemas de vigilancia del desempeño profesional integral de cada uno de sus médicos. Además de los sistemas de vigilancia administrativa, es necesario aplicar los modelos de evaluación por pares, mediante la creación de protocolos de diagnóstico y tratamiento basados en evidencias científicas. Para ello, los directivos de las instituciones privadas deberán hacer que lo establecido por esos consensos se cumpla en forma cabal.

Paralelamente deberán conformarse comités integrados por los líderes académicos de las diferentes especialidades, con objetivos definidos y resultados tangibles. Entre los principales comités que han probado su utilidad encontramos los siguientes:

- De credenciales.
- De morbimortalidad.
- De infecciones nosocomiales.
- De farmacia.
- De expediente clínico.
- De investigación.
- De ética médica.
- De trasplantes.
- De urgencias.

Una gran dificultad para integrar este tipo de comités reside en la imposibilidad de contar con verdaderos líderes académicos que puedan aportar ideas y decisiones sensatas; unido a ello, en los hospitales privados resulta más complejo que los médicos ofrezcan su tiempo en forma generosa a causa de sus apretadas agendas o por su indiferencia hacia la organización.

CONCEPTOS DE PRODUCTIVIDAD

En la mayor parte de los centros privados se conceptúa a los médicos "productivos" como aquellos que son muy exitosos y que atraen a muchos enfermos al hospital. Como es lógico, desde el punto de vista administrativo son muy deseables para las instituciones de salud privadas, porque utilizarán con gran frecuencia las instalaciones y los auxiliares de diagnóstico que se ofrecen. Cuando esto ocurre con médicos muy bien preparados en su especialidad y con esmerado profesionalismo, su presencia proporcionará a los enfermos el máximo beneficio; en una palabra, no se vulnera ningún principio ético en detrimento de los pacientes.

De acuerdo con las políticas de algunas instituciones privadas, los médicos reciben beneficios indirectos, como en el caso de los que tienen y rentan consultorios propios, en donde se puede beneficiarlos con disminución del costo de las rentas proporcionalmente a su "productividad". Ahí tampoco se vulnera ninguno de los principios éticos.

El problema se presenta cuando médicos sin escrúpulos utilizan servicios y tecnologías diagnósticas o terapéuticas que no están justificadas y al paciente se le "sobrediagnostica" o se le "sobretrata", para ser más productivos y así recibir beneficios, a pesar de

que van en detrimento de los enfermos. Peor aún es el caso de algunas instituciones que tienen como sistema establecido dar una "comisión" porcentual al costo de los estudios realizados; en este caso se vulneran los principios éticos, porque sin duda la empresa cargará ese porcentaje en la factura, lo cual daña innecesariamente al patrimonio del enfermo.

Otra práctica muy reprochable es la de aquellos profesionales que reciben referencias de sus colegas (generalmente casos quirúrgicos) con la condición de obtener un porcentaje de los cobros que recibirá el médico tratante; en ambos casos la conducta ética es reprochable y se conoce como *dicotomía*. En otras ocasiones se observan supuestas acciones clínicas de "apoyo" por parte del médico que refiere, quien cobra honorarios de dudosa justificación, en detrimento del patrimonio del enfermo. Ambos médicos coludidos están infringiendo las más elementales normas éticas.

En otra faceta negativa de este problema se observan prácticas profesionales en sentido inverso a lo mencionado: nos referimos a los médicos que forman parte de redes de seguros, caso en el cual en algunas de estas corporaciones son "premiados" aquellos que utilizan menos recursos diagnósticos y terapéuticos, con lo que la compañía se beneficia económica.

Si la política anterior se aplica en forma racional y con base en la buena clínica, no hay una conducta ética que sea criticable, pero cuando la decisión se toma en detrimento de las oportunidades diagnósticas y terapéuticas de los enfermos y se hace con conocimiento por parte del médico y con el fin de obtener más "bonos" como premio a su desempeño, se está vulnerando el principio de buscar el máximo beneficio del paciente (O. Rivero-Serrano y R. Paredes-Sierra).³

SELECCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO

Este es uno de los aspectos clave para que una institución privada se gane la confianza de los pacientes que buscan sus servicios. Con el fin de lograr la integración de un cuerpo médico de gran profesionalismo, entendiendo por ello conocimientos, habilidades, destrezas, competencias, capacidad de trabajo en equipo y de comunicarse con los enfermos, su familia y el resto del personal de salud, esos profesionales han de tener sensibilidad, compasión y afecto por los pacientes y, finalmente, contar con valores éticos; parámetros todos éstos que deben regir la selección.

Para alcanzar el objetivo que acabamos de mencionar se debe contar con sistemas que garanticen el

profesionalismo de los médicos tanto para su ingreso como para su permanencia. Lograrlo no es fácil, porque en muchas ocasiones las credenciales académicas cumplen con los mínimos establecidos por una institución, pero después de su ingreso pueden manifestarse conductas no profesionales que no son las deseables para la seguridad de los pacientes.

La forma en que los hospitales privados deben evaluar a los candidatos que desean ingresar es mediante un comité de credenciales, generalmente integrado con los médicos de mayor prestigio académico y experiencia probada. Estos comités analizan y dictaminan acerca de la idoneidad de los candidatos por ingresar y han de regirse por reglamentos y permanencia adaptados a las necesidades del progreso de la medicina y a las políticas médicas de la institución. Si están fundamentadas, sus decisiones deben ser respetadas por las autoridades hospitalarias.

La documentación, en términos generales, debe ser probatoria del desarrollo tanto académico como legal para ejercer la medicina y la o las especialidades que el profesional acredite. Las cartas de recomendación son importantes cuando quien las proporciona lo hace consciente de la responsabilidad que asume. Lamentablemente, a menudo se consideran un trámite más que como un compromiso ético en beneficio de los enfermos y las instituciones.

Otro fenómeno, por fortuna muy ocasional, está constituido por los casos de falsificación de documentos, lo que ha obligado a solicitar los originales y, ante la menor duda, hacer contacto con las autoridades académicas, gubernamentales o de los consejos de especialidad con el fin de comprobar la autenticidad de dicha documentación. Algunas instituciones se han visto en la necesidad de cotejar las copias con los originales para evitar este tipo de fraudes que, por supuesto, será causa de que quien en ello incurra no deba aceptarse en ningún sistema médico o académico, además de las medidas legales que procedan.

A veces, algunos candidatos cuentan con toda la documentación solicitada, pero se reciben malas referencias profesionales de otras instituciones en las que trabajó, situación que debe investigarse exhaustivamente para no cometer injusticias y, si se comprueba, ha de evitarse otorgar privilegios a un individuo que ocasionará problemas.

Al respecto, en el sistema anglosajón, la consulta escrita o telefónica se hace en forma sistemática a los lugares donde el individuo ha trabajado y éste es un parámetro muy importante que desafortunadamente en muchos países no se aplica.

Si una vez logrado el ingreso no se tiene un buen sistema de vigilancia del desempeño profesional del médico, la institución se enfrentará fácilmente a serios problemas, de suerte que es indispensable que los hospitales privados cuenten con una organización para detectar si un médico muestra incapacidad profesional, negligencia, actitudes temerarias, impericia o faltas a la ética. Cuando la magnitud de la falta lo justifique, es muy deseable que sea retirado de la institución; de lo contrario, además de que seguiría dañando a los enfermos, se desprestigiaría a la organización y al cuerpo médico en general.

Hay instituciones privadas donde el interés económico empresarial está por encima de su responsabilidad ética, y algunos individuos con malas prácticas profesionales, pero de gran éxito por atraer a muchos pacientes, no son retirados. Lamentablemente, esta situación afectará no sólo a los enfermos y al resto del cuerpo médico, sino que tarde o temprano representará pérdidas en la imagen de una institución que el público verá como de dudosa confianza, a causa de la conducta indebida de unos cuantos, en detrimento de la gran mayoría que ejerce con profesionalismo.

ALTA POR INSUFICIENCIA ECONÓMICA

Cuando un enfermo y su familia, en el curso de un tratamiento, agotan su capacidad económica para cubrir los gastos hospitalarios, se presenta un problema que impacta significativamente las reglas éticas. Las empresas aplican las reglas del mercado en el sentido de que los insumos y servicios deben ser pagados para que se continúen proporcionando. Un buen número de médicos mantienen sus valores de solidaridad y siguen atendiendo al enfermo, aun cuando no le sean pagados los honorarios; sin embargo, la institución no actúa en el mismo sentido. Es entendible desde el punto de vista administrativo, ya que si se permite que ingresen pacientes que no tendrán capacidad para cubrir los gastos, además de la pérdida económica que representan, el número de enfermos que ingresarían aumentaría en forma exponencial y los resultados financieros del hospital se deteriorarían.

En estos casos, el médico queda atrapado en un dilema ético ante la imposibilidad de continuar atendiendo a su enfermo. ¿Qué soluciones podría haber para estas complejas situaciones?

En otros países con cultura de la donación hay muchas fundaciones externas al hospital con gran capacidad económica que auxilian a este tipo de enfermos mediante estudios socioeconómicos individualizados,

para determinar a los que son susceptibles de recibir ayuda económica. Otras políticas han sido las de los hospitales que crean sus propias fundaciones, y en las cuales un sector de sus instalaciones está dedicado al grupo de enfermos de bajos ingresos, donde los médicos suelen contribuir voluntaria y gratuitamente.⁴

COMITÉS "FANTASMAS"

En nuestro país, a diferencia de otros como Estados Unidos y algunos de Europa, el trabajo de los comités en los hospitales no cuenta con partidas presupuestales que les permita operar profesionalmente; así, el hospital no puede exigir el cumplimiento de las tareas confiadas para obtener los resultados esperados.

En nuestro entorno los comités se conforman con médicos que participan voluntariamente; sin embargo, con frecuencia se reúnen poco y sus logros suelen ser pobres, cuando no nulos. Cuanto más pequeña sea la institución y menor el número de médicos con que cuenta, será más difícil integrar estos comités.

Por otra parte, no existe en México un solo hospital privado cuyo cuerpo médico esté formado en su totalidad por profesionales contratados por la institución y que estén organizados de acuerdo con el esquema de servicios o departamentos con instalaciones, recursos físicos y humanos, con funciones de atención de pacientes, de educación y de investigación, dirigidos por un líder en el campo específico. Los únicos médicos que los centros privados suelen contratar son aquellos cuya especialidad tenga que operar durante las 24 horas del día, como en el caso de los servicios de urgencias, terapia intensiva, laboratorios, imagen, etc. El resto de las necesidades de atención al público dentro del hospital, o fuera de él, las cubre el gran número de médicos que han obtenido los privilegios y que ejercen libremente. Esto asegura una multiplicidad de internamientos y utilización de los servicios.

En los que cuentan con torres de consultorios propios es un tanto más fácil sensibilizar a los médicos para que colaboren integrándose a los comités. No obstante, aun en estas condiciones en México ha resultado frustrante observar a médicos que tienen dos o más consultorios y los atienden en forma parcial; en estos casos es poco menos que imposible sensibilizar a esos grupos a que contribuyan en las tareas de los comités y, por supuesto, muy difícil vigilar la calidad de su trabajo profesional.

Por otro lado, ante la irrupción de la cultura de la certificación como un instrumento de mejora permanente de la calidad de la atención hospitalaria, las

instituciones de salud tanto públicas como privadas se han visto en la necesidad de contar con este tipo de comités que en ocasiones funcionan con excelentes resultados, pero hemos observado que en muchos casos sólo existen en el papel para cumplir con lo establecido en las guías de certificación. Además, en el mejor de los casos, lo que en realidad se evalúa son los procesos, pero no los resultados, y muy especialmente los resultados médicos.

El fundamento de la mejora de la calidad no se cumple con base en esta metodología ficticia, sin negar que hay un avance y que, con seguridad, en el mediano plazo se logrará alcanzar lo que realmente muestra la calidad de la atención médica o la falta de la misma.

El problema para el buen funcionamiento de esos comités es cómo disponer de recursos humanos que tengan nociones claras de sus funciones, que los criterios médicos estén por arriba de los administrativos y que las autoridades acaten sus decisiones. En nuestro país existen normas oficiales gubernamentales que exigen por ley, que se integren este tipo de comités (por ejemplo, Comité de Infecciones nosocomiales, de Investigación y Ética, de Trasplantes, etc.).

Por otra parte, los integrantes de los comités deben contar con el apoyo administrativo que les permita solventar un sistema para obtener la información sobre los problemas que analizan, la seguridad de que las decisiones sean conocidas y cumplidas, y constatar si éstas redundaron en un beneficio para los pacientes.

Finalmente, las ocupadas agendas del cuerpo médico a menudo hacen que su participación en las reuniones de los comités sean esporádicas y que, muchas veces, emitan opiniones sobre problemas que conocen parcialmente. Es un hecho que tales comités sólo podrán funcionar cuando cuenten con verdaderos expertos en cada una de las áreas y su funcionamiento se profesionalice institucionalmente. De lo contrario, seguiremos viendo con frecuencia comités "fantasmas" que, en el mejor de los casos, se reúnen esporádicamente, comités donde se discute mucho y se logra poco o nada. El único resultado es la frustración.

URGENCIAS

Los servicios de urgencias en cualquier institución de salud (sea pública o privada) tienen problemas similares por tratarse de enfermos que llegan en estado crítico, de modo que el médico tiene que tomar decisiones rápidas y en ocasiones con pocos elementos de juicio por diversas razones como son:

- a) Lesionados inconscientes.
- b) Pacientes intoxicados o drogados.
- c) Menores sin acompañamiento de familiares.
- d) Enfermos que acuden al hospital por primera vez y, por lo mismo, se carece de información sobre su perfil de salud.

Respecto de los dilemas éticos a los que se enfrenta el médico, se plantean algunas situaciones privativas de los hospitales privados:

- a) Pacientes en estado crítico sin recursos económicos.
- b) Que tienen solvencia económica, que acuden a la institución por primera vez, solicitan el servicio y que les asignen un médico.
- c) Con padecimientos potencialmente peligrosos para la comunidad, que deben declararse de manera obligatoria las autoridades sanitarias.

En el caso de los enfermos sin solvencia económica en estado crítico o potencialmente crítico, es obligación legal y ética de la institución y de los médicos atenderlos sin escatimar esfuerzos en tanto son estabilizados para su posterior traslado a instituciones públicas. En estos casos, las autoridades deberán estar muy atentas a que la norma legal y el código ético se cumplan estrictamente. Ha habido casos en que los médicos han tenido que detener la orden de traslado, sin que el tratante lo haya autorizado porque el paciente aún no está estabilizado. En el sentido contrario, médicos especialistas del programa de guardia, al ser llamados y saber que el enfermo tiene seguro médico, cuya compañía ha celebrado convenios con el hospital y, por tanto, deben ajustarse a los tabuladores, se niegan a presentarse a proporcionar el servicio. Las dos situaciones mencionadas representan una falta grave a los principios de ética y deben sancionarse.

En el segundo rubro es donde se ha generado el mayor número de faltas a la ética médica en muchos hospitales privados. La situación se origina entre ciertos grupos de médicos que por diferentes razones monopolizan las llamadas de urgencias, para ofrecer sus servicios a los pacientes que llegan sin conocer al especialista que requieren. Esta práctica, conocida por años, es una de las costumbres más nocivas para los enfermos debido a que, muchas veces, van ligadas a dicotomías con los responsables médicos, administrativos y de enfermería del área de urgencias, que alertan de inmediato a los médicos con los que están coludidos. En la mayor parte de las ocasiones, se trata de médicos sin ningún prestigio académico y, como es

obvio, con muy poco profesionalismo, en cuyo caso la responsabilidad se comparte entre la institución que lo permite y los médicos que lo practican.

Para los pacientes con padecimientos potencialmente peligrosos, la única solución consiste en que las autoridades hospitalarias asuman la responsabilidad de crear un reglamento mediante un acuerdo con los directivos de la institución y con el concurso de un comité de urgencias integrado por líderes académicos que establezcan un reglamento muy bien estructurado, con servicios por especialidad. El médico jefe del servicio, de común acuerdo con los diferentes especialistas, debe contar con protocolos de diagnóstico y tratamiento para que los enfermos se diagnostiquen y traten adecuadamente. La debida aplicación de estas reglamentaciones y la capacidad de asegurar su cumplimiento erradican prácticas médicas ajenas a la más elemental ética.⁵

LOS COMITÉS DE ÉTICA EN EL TRABAJO DE LOS HOSPITALES

Los comités de ética en los hospitales a menudo se confunden en su denominación, propósitos y alcances. Durante los últimos años, los problemas de la bioética y de la ética médica han sido motivo de innumerables planteamientos de acuerdo con las instituciones y las comunidades que los plantean, de suerte que muchos médicos e instituciones de salud han retomado el interés en estos temas.

En principio, en los hospitales deben preocuparse por los problemas de la ética médica; para ello se ha de contar con un comité integrado por médicos experimentados, con prestigio académico y que sean paradigmas por su conducta profesional intachable. Como ya se dijo al tratar de la integración de los diversos comités, no es fácil encontrar en los colectivos médicos de los hospitales muchas figuras con estos perfiles.

Por otra parte, esos comités a menudo tienen las mismas carencias tanto en las instituciones públicas como en las privadas, actúan por demanda de las autoridades o de algunas circunstancias y emiten dictámenes al respecto. Esta es una contribución útil, pero las aportaciones deberían ir más allá.

OBJETIVOS DE LOS COMITÉS DE ÉTICA

- Constituirse en un grupo intelectualmente motivado para mantenerse actualizado sobre los concep-

tos doctrinarios de la ética médica ante los cambios de la sociedad y los avances de la medicina.

- Integrarse en un cuerpo educador del grupo médico y de los trabajadores de la salud.

FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE ÉTICA

- a) Redactar y editar el código de ética y establecer los mecanismos de vigilancia para que se cumpla. Revisarlo y actualizarlo periódicamente para hacer las reediciones que sean convenientes.
- b) Emitir las recomendaciones adicionales no consideradas en el *Código de Ética* sobre cuestiones inherentes al ejercicio de la medicina, darlas a conocer al colectivo médico mediante las autoridades del hospital y vigilar que se cumplan.
- c) Crear mecanismos de vigilancia que permitan detectar si existen desviaciones éticas tanto en la atención a pacientes como en los programas de educación y de investigación.

CONSIDERACIONES GENERALES

Hay dos factores que alteran o impiden el trabajo de los comités de ética médica:

1. Muy a menudo a estos comités se les solicita que analicen y opinen sobre los problemas que surgen entre dos o más médicos, entre la institución y el médico, o entre éste y los pacientes; generalmente, tales problemas son de comunicación o de tipo administrativo. En modo alguno deben llevarse al comité de ética cuyos objetivos están bien delimitados; estos problemas deben resolverlos, si se justifican, las autoridades médicas y administrativas del hospital para su evaluación y sanción, si es el caso.
2. La falta de apoyo secretarial y de informática para los integrantes del comité, lo que propicia que sólo se reúnan ocasionalmente y emitan algunas opiniones con mayor o menor fundamento. Lo que no se considera es que el trabajo de estos cuerpos colegiados debe ser permanente.

CONCLUSIONES

En este capítulo hemos analizado los problemas más frecuentes que se presentan en las instituciones

privadas de atención a la salud, tanto desde el ángulo individual como el de algunos aspectos organizacionales. En este rubro es impostergable que los centros privados asuman sus responsabilidades. Hall⁶ propone dos estrategias para la organización ética de las instituciones: la primera es un enfoque claro en las propuestas sobre la misión, y la segunda, un análisis sincero sobre los múltiples intereses que afec-

tan las decisiones de la organización. Tiene, además, dos perspectivas adicionales: los estándares profesionales y los códigos institucionales de conducta.

Con base en las consideraciones anteriores, es impostergable que las instituciones de salud privadas asuman las numerosas responsabilidades éticas que deben ser parte indisoluble de sus principios institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lundberg, G. D. y Severed, T., *Perseus Book Group*, Basic Books, Nueva York, 2001.
2. Vilar, P., "El futuro del ejercicio privado de la medicina en México", en Rivero Serrano, O. y Tanimoto, M., *El ejercicio actual de la medicina (II parte)*, Siglo XXI-Fac. de Med., UNAM, México, 2003.
3. Rivero, O. y Paredes, S., *Ética en el ejercicio de la medicina*, Fac. Med. UNAM, Panamericana, México, 2006.
4. *Idem*.
5. Suter, R. E., "Organizational ethics", *Emerg. Med. Clin. N. Am.*, 24:579-603, 2006.
6. Hall, R. T., *An introduction to health care organizational ethics*, Oxford University Press, Nueva York, 2000, American College Physicians, *Expert Witness Guide-lines for the Specialty of Emergency Medicine*. <[http://www.acep.org/webportal/PracticeResources/Policy Statements/ethics/codethics.htm](http://www.acep.org/webportal/PracticeResources/Policy%20Statements/ethics/codethics.htm)>.



Capítulo 12

Ética en el manejo del anciano y del paciente discapacitado

LEOBARDO C. RUIZ PÉREZ

*La medicina le ha dado años a la vida,
la rehabilitación le ha dado vida a esos años.*

HOWARD A. RUSK (1959)

*La edad es una oportunidad no menor
que la juventud, aunque con diferente atuendo,
y así como el crepúsculo se desvanece, el cielo
se cubre de estrellas, invisibles durante el día.*

HENRY WADSWORTH LONGFELLOW (1807-1882)

El manejo de las personas de edad mayor y de los discapacitados tiene similitudes que permiten abordarlos conjuntamente. Estos dos grupos poblacionales poseen en común su vulnerabilidad, su complejidad y la discriminación frecuente de la que son objeto. Otra característica es su crecimiento explosivo en épocas recientes, debido fundamentalmente a los progresos de la medicina y a la mecanización de la vida. Pero al mismo tiempo que comparten desafíos semejantes, tienen rasgos propios que requieren consideraciones separadas. Los retos demográficos y epidemiológicos que enfrenta México implican necesariamente políticas sociales y de salud que permitan contender con los problemas propios de esta población.

Los adultos mayores de 60 años, que en 1950 constituían 5.5 % de la población, 1 420 000 habitantes, para 1990 creció 5.7 %, sólo que la expectativa para 2020

es que representen para entonces 11.6 %, 14 539 000 personas; esto representa que en los mismos 30 años se duplicará. En gran medida este incremento de la población mayor se asocia con el mejoramiento de las condiciones vitales y de salud. La esperanza de vida al nacer se relaciona directamente con el aumento de dicha población. En 1950 la esperanza de vida al nacer en México era de 46.9 años, ésta aumentó para 1990 a 70.6 años, y se estima que llegará a 76.5 en 2020. Mientras Francia requirió 115 años para que la población de mayores creciera de 7 a 14 %, en México sólo se necesitarán 30 años.

En lo relativo a salud, el envejecimiento se acompaña de minusvalías sensoriales, motoras e intelectuales que disminuyen la calidad de vida de los sobrevivientes, y aunado a ello, afecciones cronicodegenerativas multicausales de tratamiento difícil y costoso. El impacto en la familia, que puede ser catastrófico, deriva de satisfacer las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, que implican un alto costo en virtud de su grado de complejidad y el nivel o frecuencia con que ocurren.

DISCAPACIDAD Y SOBREVIDA

En el caso de los discapacitados, la sobrevivida de productos de bajo peso y algunos con alteraciones

congénitas se ha hecho posible, gracias a las técnicas de atención inmediata y resucitación que se emplean en la actualidad; sin embargo, esa lucha por la vida tiene un precio y habitualmente se traduce en alteraciones neurológicas y motoras con las que habrá que contender por largo tiempo.

En nuestro país aproximadamente 6 % de la población infantil presenta algún grado de discapacidad, lo que representa un poco más de 2 500 000 niños. Los adultos, y sobre todo los jóvenes, están expuestos a accidentes y lesiones que producen limitaciones funcionales en diferentes grados. En este grupo poblacional se considera que 8 %, más de 8 millones, requerirán servicios de rehabilitación.

En Estados Unidos la población de los mayores de 65 años es cercana a los 35 millones, en la que más de 5.2 millones son mayores de 85 años. El costo mensual de gastos de asistencia varía de 4500 dólares mensuales a 1020, de acuerdo con un artículo publicado en el diario *USA Today*. Según ese mismo artículo, la edad promedio en 1910 era de 27.4 años y para 2000 ascendió a más de 74.

Como se advierte, los grupos de adultos mayores y discapacitados tienden a crecer rápidamente, por lo que exigen un análisis cuidadoso no sólo desde el punto de vista médico, sino también en los ámbitos social y económico. Debemos pugnar por un envejecimiento satisfactorio que evite la enfermedad, se comprometa con la vida y mantenga intensas actividades físicas y cognitivas.

El médico legitima su actuación al ejercer un derecho profesional con el consentimiento explícito del paciente y respeto al derecho consuetudinario de curar y aliviar el dolor dentro de una actividad reconocida y regulada por el Estado. El ejercicio médico se sustenta en dos órdenes normativos: el jurídico y los principios científicos y éticos. Desde diciembre de 1982, fecha en que se adicionó al artículo 4o. Constitucional el derecho a la protección de la salud, y posteriormente con la promulgación de la *Ley General de Salud* en diciembre de 1983, la protección a los grupos vulnerables de adultos mayores y discapacitados, por primera vez en la historia sanitaria del país, se abordó como materia de salubridad general. Después, con la promulgación de la *Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social* en diciembre de 1985, se incorporó también la asistencia social, y se hizo de ella una de las responsabilidades prioritarias del Estado y de la sociedad.

La propia *Ley de Salud*, en su artículo 173, define la discapacidad como la limitación de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su

desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica y social. La asistencia social es el conjunto de acciones tendentes a modificar y mejorar las circunstancias sociales que impiden al individuo su desarrollo integral, así como la protección física y mental de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Entendemos por *rehabilitación* el conjunto de acciones médicas, sociales, educativas y ocupacionales que tienen por objeto obtener que las personas con discapacidad logren el máximo grado de recuperación funcional y puedan realizar actividades que les permitan ser útiles a sí mismas y a su familia, e integrarse en la vida social y económica. Estas definiciones son necesarias para comprender los requerimientos de atención tanto de los adultos mayores como de los discapacitados.

En la actualidad nos encontramos en un entorno complejo, donde la transición demográfica y epidemiológica, el dinamismo social y el desarrollo económico y tecnológico, así como el financiamiento y la prestación de servicios se hacen verdaderamente difíciles. Esto nos lleva a ubicarnos en un ambiente donde el perfil de salud presenta grandes desigualdades sociales y regionales, el desempeño de los servicios es heterogéneo y el trato a veces inadecuado, con la posibilidad siempre inminente de sufrir riesgos graves o muerte prematura. De ahí que habremos de buscar una mayor profesionalización del personal de salud que proporcione un trato más equitativo y de calidad, considerando los costos que deberían preverse para la atención de ancianos y discapacitados.

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Mientras todo ello ocurre es necesario entender el proceso de envejecimiento para estar en condiciones de atender las múltiples facetas del adulto mayor. Empezaríamos por preguntarnos cuál sería la edad ideal, ya que mientras los jóvenes desean experiencia y conocimientos, los adultos escogerían permanecer aptos, capaces y exitosos en la vida. Sabemos y reconocemos que el envejecimiento es un proceso natural propio de todos los seres vivos, pero el hombre es el único que tiene el conocimiento de que un día morirá.

El envejecimiento, aunque es un proceso normal, se acompaña de enfermedades, pero sin que ello haga necesariamente que las patologías lo afecten. Los órganos de los sentidos sufren alteraciones que modifi-

can la vida de relación, como las de visión, oído, gusto, olfato o tacto. Hay también alteraciones del sistema respiratorio por una disminución de las funciones fisiológicas, lo mismo que en el sistema cardiovascular o el aparato genitourinario, ya que hasta 32 % de ellos experimentan incontinencia urinaria.

El aparato digestivo, importante por su papel en la adecuada nutrición, requiere consideraciones especiales. El sistema endocrino se altera y repercute en funciones muy variadas del organismo. Los sistemas musculoesquelético y nervioso presentan cambios degenerativos que limitan la capacidad de ser más independientes. Este proceso es mucho más complejo que lo que aquí se enuncia. Debo referirme en especial al libro *Envejecimiento: la última aventura*, de Mario Castañeda, quien logra una revisión exhaustiva e introduce el término eugeria para denotar el envejecimiento deseable.

Tanto el adulto mayor como el discapacitado deben ser considerados como personas que presentan alteraciones fisiológicas, que desencadenan respuestas psicológicas, sociales y ocupacionales que repercuten de manera grave en su nivel funcional. Todos los seres humanos son absolutamente dependientes al nacer, pero abandonan esa situación en forma progresiva cuando logran mayor independencia funcional, hasta alcanzar el máximo nivel como adultos jóvenes.

Sin embargo, después de mantenerse plenamente activos por espacio de 30 o 40 años inician una disminución progresiva de su capacidad que, de no moderarse mediante un manejo adecuado, se acentuará rápidamente hasta volverlos dependientes, incluso en las actividades básicas cotidianas como la alimentación, el vestido y la higiene. Para el discapacitado la situación es más dramática, pues su nivel funcional, cuando no se trata de un caso congénito, es afectado súbitamente, por lo que requiere un programa intensivo e integral para alcanzar una funcionalidad y una sobrevivencia casi igual a la del adulto mayor; pero de no tener esa integridad y esa intensidad, su recuperación siempre será parcial e insuficiente.

Las personas mayores y los discapacitados necesitan una evaluación medicosocial minuciosa y diferente de la de un enfermo. Los síntomas y signos requeridos para el diagnóstico no son sinónimos de que se utilizan para el diagnóstico de la enfermedad, ya que muchas veces no existe una correlación directa entre la posible patología de la persona y la limitación asociada. Ambos grupos dependen fundamentalmente de la satisfacción de las necesidades totales, de ahí que la relación entre la posible patología y la discapacidad residual no es de uno a uno, muchas veces la discapaci-

dad puede eliminarse o disminuirse sin que la patología se modifique. La posibilidad de que un paciente y su médico puedan eliminar una disfunción secundaria a un proceso crónico depende de la capacidad residual de la persona para adaptarse física y psicológicamente a un nuevo estado.

El médico tratante debe realizar historias clínicas completas para cualquier persona, adulto mayor o discapacitado; en el interrogatorio se abordarán, además de los antecedentes patológicos y el padecimiento actual, todos los antecedentes sociales y vocacionales que nos permitan enfocar el manejo de manera integral. Igualmente, no podemos abandonar la exploración fisiofuncional acuciosa, pues de otra manera no comprenderíamos las posibles limitaciones por disfunciones de aparatos y sistemas que no parecerían estar afectados. El diagnóstico habrá de ser integral e incluirá un estudio del ámbito familiar y social que nos permita la incorporación de nuestros pacientes al núcleo familiar y a la sociedad.

MANEJO DEL PACIENTE

El manejo médico debe planearse cuidadosamente y en él participarán tanto el paciente como sus familiares o personas responsables de él o ella, y utilizando todos los medios a nuestro alcance. La movilidad, la fuerza y el equilibrio, al igual que la coordinación, son elementos fundamentales para la funcionalidad del individuo, principalmente para lograr la mayor independencia posible. La terapia física, ocupacional y de lenguaje, al igual que la prescripción de ayudas, facilitarán el desempeño de la persona. El análisis psicológico debe incluirse desde el principio para conocer el estado conductual premórbido, el manejo de la crisis y del duelo, la adaptación a la limitación, su capacidad de aprendizaje y la motivación para cumplir a plenitud con el programa. Podemos de esa manera conocer mejor a nuestro paciente, ayudarlo a elevar la calidad de vida a la que tiene derecho y evitar condiciones que lo pongan en riesgo.

Nos preguntaríamos si la ética médica sería diferente en el manejo del adulto mayor o del discapacitado. Este es un tema que surge con frecuencia en virtud de que la ética médica tradicional se desarrolló en los hospitales para pacientes agudos. La ética en rehabilitación se centra en tres aspectos fundamentales: primero, está orientada a la persona más que a la autonomía del paciente; segundo, es un modelo más educativo que relacionado con un evento o con el aspecto contractual del consentimiento informado, y

tercero, considera de manera especial el papel íntimo de la familia, pues en el modelo tradicional la distinción entre paciente y familia a veces es inexistente.

En realidad, la diferencia está en el énfasis que se da a los diversos aspectos que se consideran parte de la ética tradicional. Hay un concepto claro de que en rehabilitación el enfoque está más dirigido hacia el equipo de salud y existe una honesta preocupación por los juicios de calidad de vida que son inherentes al cuidado rehabilitatorio. Es posible que no necesariamente sean los principios en los que encontramos la diferencia, sino más bien en los casos que con ellos se relacionan.

Podemos afirmar que la ética basada en casos siempre es casuística, en donde la atención se centra de manera primordial en los detalles y las circunstancias del caso. En rehabilitación y geriatría a veces los dilemas o problemas éticos no se distinguen fácilmente, pero por lo general, al analizarlos desencadenan un pensamiento más institucional: la "conciencia institucional". En la actualidad el personal de salud enfrenta dilemas éticos graves con la manifestación de "voluntad adelantada" o "testamento de vida", instrumentos legales próximos que ya se han aprobado en la Asamblea de Representantes del Distrito Federal y están en práctica en otros países. Estos medios legales permiten al sujeto influir en las decisiones médicas en el caso de una incapacidad o ante la imposibilidad de hacerlo en forma consciente.

Las decisiones tomadas anteriormente, con desconocimiento de las posibilidades terapéuticas y de rehabilitación, requieren mayor análisis con el paciente; algunos estudios realizados en adolescentes con trastornos desde el nacimiento y lesionados medulares con cuadriplejía demostraron que los primeros consideraron su calidad de vida igual a la del grupo control; de los lesionados medulares, 67 % estaban contentos de encontrarse con vida y 79 % dijeron tener una calidad de vida buena o excelente.

En la ética de rehabilitación y de geriatría requerimos un análisis de los escenarios en los que los problemas se desenvuelven y probablemente necesitaremos mayor atención en el futuro para observar de cerca la conducta de los geriatras y rehabilitadores a fin de analizarla de igual forma, como se hizo hace 20 años para los casos agudos.

DERECHOS DE LOS DISCAPACITADOS

La ONU, desde la década de 1960, inició la búsqueda de soluciones para hacer efectivos los derechos

a los que los discapacitados debían tener acceso y así la Asamblea General, en diciembre de 1982, adoptó la resolución de dar oportunidades igualitarias que permitieran la prevención de la incapacidad, su rehabilitación, su educación y el empleo.

En esas fechas 500 millones de personas en el mundo se encontraban afectadas de alguna limitación como consecuencia de guerras, empobrecimiento, ignorancia, uso inadecuado de medicamentos, urbanización, crecimiento de la población y, sobre todo, la poca importancia que se daba al desarrollo económico y social. De ahí surgió un programa mundial de acción para hacer válidos los derechos del paciente. Todos los discapacitados tienen consignados en la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) de México el derecho a la protección de la salud, al trabajo y a la educación, a la cultura, al deporte y al acceso general a los edificios y transportes.

Los principios éticos tradicionales también son vigentes para las personas con discapacidad. Se mantiene el principio de autonomía, ya que en la mayor parte de los casos el individuo conserva la capacidad de juicio y, si no fuera así, habría que recurrir, como en otras situaciones, a la persona responsable. El principio de beneficencia se afecta cuando las instituciones fijan un tiempo límite para su atención, a pesar de los progresos lentos pero seguros que se estén realizando. Muchas veces no se les instruye para continuar el tratamiento en casa y que éste sea supervisado periódicamente.

Un problema ético que con frecuencia presentan es relativo a la sexualidad, ya que sus limitaciones no les permiten actuar de la misma manera que otros individuos; se les llega a considerar anormales o perversos sexuales, cuando en realidad conocen y practican modalidades que los llevan a una mayor satisfacción para ellos y sus parejas. La relación médico-paciente es mucho más amplia y el profesional de la rehabilitación, así como el geriatra, deben estar dispuestos a utilizar mayor tiempo en el análisis de los problemas que afecten al paciente o a su familia.

La Asociación Canadiense de Profesionales de la Rehabilitación emitió en junio de 2002 un código en donde señala fundamentalmente cuatro principios éticos con sus respectivos valores y estándares. El respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas requiere que se identifique a los individuos y a los grupos que puedan afectarse por una decisión; también se necesita analizar los riesgos y beneficios de un curso de acción que posiblemente afecte a los individuos, por lo que las decisiones deben tomarse individual o colectivamente, según la situación, con una

adhesión consciente a los principios, valores y estándares establecidos.

También existe una responsabilidad en cuidar el interés de las personas buscando la conciencia de los principios para el cuidado general, la competencia del personal, orientar al paciente en la realización de actividades de cuidado personal que no sean riesgosas, así como evitar la posibilidad de que adquirieran alguna adicción, pero siempre reconociendo las necesidades propias del individuo.

Asimismo, existe el compromiso de evitar la realización de actividades autodestructivas que puedan causarles daños físicos o psicológicos y buscar siempre el apoyo de la comunidad para la resolución de los problemas. En el estatuto se enfatiza la existencia de una responsabilidad que nos lleve a un desarrollo social que permita la inclusión y participación del discapacitado y del adulto mayor en las actividades de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en relación con el adulto mayor, considera importante respetar el derecho de estas personas a participar en la toma de decisiones mediante una información que les permita decidir, por medio de un juicio sin coerción o control externo. Para ello, el equipo de salud requiere tener adiestramiento y práctica en técnicas de evaluación de las deficiencias sensorial y cognoscitiva y, de esa manera, adaptar la forma de comunicación de acuerdo con las necesidades del paciente. El personal debe manifestar directamente al enfermo el diagnóstico en términos simples; el tratamiento, con énfasis en el propósito del mismo, así como los riesgos y beneficios, y la probabilidad de éxito con tratamiento y sin él. Existen conflictos éticos vinculados con la toma de decisiones, pues no siempre la solución más obvia es la mejor, por lo que hay que sopesar alternativas y buscar un consenso que refleje los intereses y valores éticos del paciente, la familia, el médico y la institución.

El abandono y el abuso del adulto mayor y del discapacitado continúan siendo un problema relativamente común y que, en su mayoría, está generalizado: son mal diagnosticados y frecuentemente no denunciados, pues existe una negación tanto de la víctima como del agresor, así como la resistencia del personal médico para reportar a las víctimas, además de la falta de aceptación por parte de las autoridades administrativas. Los abusos más frecuentes, de tipo psicológico y financiero, son los más difíciles de detectar. Clínicamente la negligencia y el abuso tienen diferentes manifestaciones, desde las más aparentes como las abrasiones y fracturas, hasta las más sutiles como deshidratación, depresión y apatía. No es raro atribuir los casos de maltrato a la tensión emocional o síndrome de

agotamiento que vive el personal de salud en el cuidado a los ancianos y discapacitados.

Es indispensable que el médico tratante y los familiares se mantengan en alerta permanente ante el posible maltrato del paciente. No sólo en los asilos o las casas de asistencia ocurren estos casos que podemos considerar como delitos; se presentan también en el propio hogar del individuo. Hay reportes de daños graves y hasta muertes por abandono o abuso.

EL PACIENTE TERMINAL

Un tema fundamental en el adulto mayor y algunos discapacitados es el que se refiere a los cuidados del paciente terminal. Las personas adultas, al final de la vida, necesitan un abordaje activo y compasivo que provea apoyo y comprensión para el que vive una enfermedad crónica progresiva y que necesariamente incluye el apoyo nutricional y el control del dolor, además del cuidado personal y la capacitación para los familiares que cuidan de él. El paciente requiere de una persona sensible a sus necesidades, que respete sus valores espirituales y que ofrezca apoyo a la familia durante la enfermedad y el periodo de duelo. Frecuentemente el médico se ausenta y deja la responsabilidad al personal de enfermería o a los familiares, pero debe aceptar el compromiso de estar presente hasta el último momento.

La mayoría de los adultos mayores están bien preparados para la muerte, pues como seres humanos deben saber que es parte de la vida, pero cada quien la enfrenta con experiencias, predisposiciones y emociones distintas. Pocos son los que tienen oportunidad de hablar sobre el proceso de morir y expresar el apoyo que desearían cuando estén cerca del final, dónde y cómo les gustaría morir; es importante facilitar la conversación entre ellos y sus hijos adultos para determinar sobre la calidad de vida que desean y el tipo de atención que les gustaría recibir.

Esa etapa final necesariamente nos lleva a lo que hoy día se conoce como *cuidados paliativos*. Hablar de ello nos obliga a considerar los alcances del tratamiento médico, para lo cual se requiere planear en forma adecuada y a tiempo, involucrar a las personas necesarias, y determinar cómo se habrá de informar al paciente y si en un momento dado es necesario suspender el tratamiento. Es conveniente conocer hasta dónde el individuo está consciente del hecho y aclarar la situación y el contexto en el que los eventos se desarrollan, para lo cual habrán de establecerse los objetivos de los cuidados que hay que otorgar.

Es indispensable adoptar actitudes realistas y también, de alguna manera, aclarar algunos conceptos que el paciente o los familiares puedan tener sobre los hechos que van a ocurrir; las respuestas a las dudas deben ser claras y precisas para evitar confusiones.

El principal problema será el control del dolor que habitualmente los pacientes terminales experimentan y esto requiere un manejo cuidadoso, ya que las dosis de los medicamentos pueden influir de manera considerable en la conciencia y participación de éstos en la toma de decisiones y la calidad de vida. Es necesario hacer una evaluación cuidadosa de los síntomas a fin de estar en condiciones de usar la mejor terapéutica.

El control adecuado de los síntomas se verá reflejado en la satisfacción del paciente y de la familia, un mejor nivel funcional y una calidad de vida más digna. El componente fundamental del cuidado paliativo está constituido por los apoyos psicosociales y espirituales, ya que un paciente que carece de ellos puede expresar con mayor facilidad el deseo de morir y los familiares verse más afectados en el proceso de duelo resultante. Los enfermos, familias, amigos y personal médico deben mantener una esperanza razonable, porque indudablemente a los seres humanos esto les permite contender con los retos de las enfermedades crónicas y terminales y aminorar la carga emocional que representan.

La población mexicana de adultos mayores y discapacitados debe disponer hoy día de mejores y más variados apoyos. La sociedad ha realizado esfuerzos considerables a través de los últimos años para proporcionar cuidados personales e institucionales que satisfagan las demandas legítimas de esta población. Se han creado programas, instituciones y grupos de ayuda que, si bien todavía son insuficientes, representan un buen principio para una vida más digna de nuestros ancianos y discapacitados.

Para su desarrollo integral y un pleno ejercicio de la soberanía y la democracia, el país requiere el fomento del crecimiento económico, el empleo y una equitativa distribución de los bienes, y de esa manera hacer posible el ejercicio de la libertad y la dignidad de las personas que integran la sociedad. Pero este propósito no se dará si no se protege y eleva la salud de los mexicanos con medidas racionalizadoras y solidarias, como la atención a los adultos mayores, la rehabilitación de los discapacitados y servicios de asistencia social que permitan disminuir las carencias, para así abatir las fuentes de la enfermedad y de la muerte prematura y poner bajo control los factores de riesgo sanitario. Éste debe ser el compromiso de todos y principalmente de aquellos que estamos involucrados en el cuidado de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Los derechos humanos y la discapacidad*, 1995.
- American Medical Association, *Professing medicine*, EUA, 2002.
- Appelbaum, P. S., "Assessment of patients' competence to consent of treatment", *N. Eng. J. Med.*, **357**:1834-1840, 2007.
- Aréchiga, H. y cols., *El envejecimiento: esperanzas y desafíos*, Siglo XXI, México, 1999.
- Asamblea General de las Naciones Unidas, *Declaración de los Derechos de los Impedidos*, diciembre de 1975.
- "Assisted living, When caregivers fail", *EUA Today*, 25 de mayo de 2004.
- Canadian Association of Rehabilitation Professionals, *Canadian code of ethics for rehabilitation professionals*, junio de 2002.
- Castañeda, M., *Envejecimiento: la última aventura*, FCE, Biblioteca de la Salud, México, 1994.
- Chávez, S. y cols., *Actividad física y deporte en el adulto mayor*, Masson, México, 2004.
- Code of ethics*, Magee Rehabilitation Hospital, EUA, 2004.
- D'Hyvers, C., *Ética y geriatría*, conferencia presentada en el Centro Médico ABC, México, 2003.
- Ethics and disability studies*, Rock Ethics Institute, EUA, 2003.
- González, V. J., "La decisión ética en la práctica médica. El poder de Eros", *Fundamentos y valores de ética y bioética*, Paidós, Biblioteca Iberoamericana de Ensayos, págs. 261-275, México, 2000.
- Groopman, J., "The anatomy of hope: how people prevail in the face of illness. Book Review", *New. Eng. J. M.*, **350**:2627, 2004.
- Holstein, M. y cols., "Ethics and aging: bringing the issues home. Generations", *Journal of American Society on Aging*, EUA, otoño de 1998.
- Kontosh, L. G., "Ethical rehabilitation counseling in a managed care environment", *Journal of Rehabilitation*, EUA, abril de 2000.
- Kuczewski, M., *Is rehabilitation ethics so different?*, <www.pitt.edu/~cep/33different.html>.
- Kumate, J., "Sobre el envejecimiento", *Revista de la Facultad de Medicina*, UNAM, **43** (1):28-30, México, 2000.
- Levine, J. M., "Elder neglect and abuse. A primer for primary care physicians", *Geriatrics*, **58** (10):37-44, 2003.

- Ley de Profesiones, PAC, México, 2004.
- Ley General de Salud, Porrúa, México, 2004.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, *Diario Oficial de la Federación*, México, 9 de enero de 1986.
- Llorens, F. J. A., "El juicio ético, un componente obligado de la atención médica", *Rev. Cubana Med.*, **36** (1):7-10, 1962.
- Mayo Foundation, *Integrity Program*, Mayo Press, EUA, 1998.
- Morrison, R., "Palliative care", *New England J. M.*, **350**:2582-2590, 2004.
- Muñoz-Zurita, G. y cols., "Actitud del médico en la atención al anciano", *Acta Médica Grupo Ángeles*, **2** (1):55-57, 2004.
- Organización Panamericana de la Salud, *Asuntos éticos en la atención del adulto mayor*, módulo 9: de valoración clínica, Washington, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud, OMS, *Actividad física para un envejecimiento activo*, 2002.
- Ruiz, P. L. C., *Bioética en la atención y prevención de la discapacidad*, II Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética, México, octubre de 2000.
- , *Ética médica en la discapacidad*, I Taller Andino sobre Política de Rehabilitación, Guayaquil, Ecuador, octubre de 2000.
- Stein, J., "The ethics of advanced directives. A rehabilitation perspective", *Am. J. Phys. Med. Rehabil.*, **82**:152-157, 2003.
- United Nations General Assembly, *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*, diciembre de 1982.
- Wagner, E. H., "Care for chronic diseases", *B. M. J.*, **325**:913-914, 2002.